

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LE DROIT À LA SANTÉ DES FEMMES IMMIGRANTES AU CANADA ET AU  
QUÉBEC EN RELATION AVEC LES ENGAGEMENTS INTERNATIONAUX  
DU CANADA : ANALYSE DE LA LÉGISLATION ET DU PROGRAMME  
FÉDÉRAL DE SANTÉ INTÉRIMAIRE

MÉMOIRE  
PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN DROIT INTERNATIONAL

PAR  
ANAÏS BRASIER

OCTOBRE 2015

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.07-2011). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Je remercie Bernard Duhaime, mon directeur de recherche. Ses nombreux conseils, son soutien et sa disponibilité à chaque étape de la rédaction de mon mémoire ont été très précieux et m'ont permis d'avancer et de rester motivée.

Je remercie également Anne-Marie Bellemare, Mirja Trilsch et Pierre Bosset qui, par leurs recommandations et leurs suggestions lors de la présentation de mon projet de mémoire, m'ont non seulement permis d'approfondir mon sujet, mais également d'avoir un regard différent sur ce dernier.

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABREVIATIONS, SYGLES ET ACRONYMES.....	V
RESUME.....	VI
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
CADRE THEORIQUE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE.....	14
1.1 Les limites du système international des droits humains .....	15
1.1.1 Un système international de protection des droits humains genré.....	15
1.1.2 L'approche essentialiste du féminisme .....	21
1.2 Le féminisme antiessentialiste et l'intersectionnalité.....	26
1.3 Situation particulière des femmes migrantes – pourquoi s'y intéresser .....	31
1.3.1 Situations de vulnérabilité économique et sociale .....	32
1.3.2 Les éléments structurels au Canada et les femmes immigrantes .....	34
1.4 Méthodologie.....	38
1.4.1 Approche méthodologique .....	38
1.4.2 Positionnement comme chercheuse .....	39
1.4.3 Outils méthodologiques .....	40
CHAPITRE II	
LE TRAITEMENT DU DROIT A LA SANTE DES FEMMES MIGRANTES PAR LE DROIT INTERNATIONAL .....	41
2.1 Le droit international et le droit à la santé des femmes migrantes .....	42
2.1.1 Le droit à la santé .....	42
2.1.2 Le droit à la santé des femmes .....	48
2.1.3 Le droit à la santé des femmes migrantes .....	56
2.2 Obligations des États pour le droit à la santé des femmes immigrantes .....	59
2.2.1 Réalisation progressive et obligations immédiates .....	62
2.2.2 Respecter, protéger et mettre en œuvre.....	65

2.2.3 Disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité .....	66
2.2.4 Les principes d'égalité et de non-discrimination et le droit à la santé des femmes migrantes au Canada.....	68
 CHAPITRE III	
LE DROIT A LA SANTE DES FEMMES MIGRANTES AU QUEBEC .....	75
 3.1 La santé.....	78
3.2 L'immigration .....	84
3.3 La non-discrimination .....	88
3.4 Les faiblesses des lois canadiennes et québécoises.....	90
3.5 Le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) .....	97
3.5.1 Les changements de 2012 au PFSI et les différents types couverture .....	99
3.5.2 Le Québec et le PFSI.....	102
3.5.3 Les impacts particuliers des changements au PFSI pour les femmes .....	106
 CONCLUSION .....	112
ANNEXE .....	122
BIBLIOGRAPHIE .....	124

## LISTE DES ABRÉVIATIONS, SYGLES ET ACRONYMES

ACS	Analyse comparative entre les sexes
AGNU	Assemblée générale des Nations Unies
CEDEF	Convention pour l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes
CIC	Citoyenneté et Immigration Canada
DCP	Droits civils et politiques
DESC	Droits économiques, sociaux et culturels
DUDH	Déclaration Universelle des droits de l'homme
LCS	Loi canadienne sur la santé
LIPR	Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés
MICC	Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
NU	Nations unies
OÉA	Organisation des États américains
OIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations unies
PFSI	Programme fédéral de santé intérimaire
PIDCP	Pacte international relatif aux droits civils et politiques
PIDESC	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec

## RÉSUMÉ

Alors que la migration internationale augmente de façon accrue et qu'elle se féminise considérablement, le Canada demeure un pays hôte privilégié par les migrants et les réfugiés. Toutefois, il semble ressortir de la doctrine et d'études auprès des femmes immigrantes et réfugiées au Canada et au Québec que celles-ci font face non seulement à des problèmes de santé particuliers, mais aussi à des barrières spécifiques dans leur cheminement au sein du système de santé. Notre recherche s'attarde à cette problématique sous l'angle des engagements internationaux du Canada à l'égard du droit à la santé des femmes migrantes. Le premier chapitre explique l'utilisation du cadre théorique de l'approche intersectionnelle, notamment à travers l'étude des faiblesses du régime international de protection des droits humains, de la théorie féministe occidentale traditionnelle et des approches tenant compte des discriminations multiples que sont susceptibles de vivre les femmes migrantes. Dans le second chapitre, nous observons les instruments de droit international susceptibles de protéger le droit à la santé des femmes migrantes. Ce faisant, nous tentons de cerner les obligations du Canada à l'égard des femmes migrantes et réfugiées en vertu de ses engagements internationaux et des instruments qu'il a ratifiés. Nous nous attardons principalement à l'article 12 du Pacte relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, mais nous analysons également d'autres instruments de protection des droits humains. Dans le troisième et dernier chapitre, nous étudions les lois canadiennes et québécoises entourant la santé, l'immigration, l'égalité et la non-discrimination pour comprendre si ces dernières sont conformes avec les engagements internationaux à l'égard du droit à la santé des femmes migrantes. Nous analysons également le programme fédéral de couverture de soins de santé pour les réfugiés et demandeurs d'asile (le Programme fédéral de santé intérimaire) afin d'observer comment les lois sont mises en application et comment cette application respecte ou non les engagements du Canada. Cette recherche a notamment comme objectif d'étudier comment la mise en œuvre d'un droit économique, social et culturel, dans une société démocratique et industrialisée, peut être observée.

Mots clés : Genre, migration, réfugiés, demandeurs d'asile, santé, discrimination, lois, programme fédéral de santé intérimaire, intersectionnalité.

## INTRODUCTION

Avec l'intensification de certains phénomènes tels que les conflits armés et les changements climatiques, les migrations internationales ne cessent d'augmenter<sup>1</sup>. Qui plus est, elles se diversifient et se féminisent. En effet, aujourd'hui, près de la moitié des migrants sont des femmes<sup>2</sup>. Parallèlement, le Canada demeure un pays hôte privilégié par les migrants et les réfugiés<sup>3</sup>. Sans doute, son approche quant au multiculturalisme<sup>4</sup> et son niveau de développement économique encouragent cet engouement de la part des étrangers<sup>5</sup>. Le Québec, après l'Ontario, est la seconde province canadienne la plus convoitée par les nouveaux arrivants<sup>6</sup>.

Même s'il semble réaliste d'affirmer que le Canada et le Québec sont parmi les régions du monde où les droits humains sont le plus respectés, il existe aussi des lacunes<sup>7</sup>. Selon la Ligue des droits et libertés, la primauté de la croissance

---

<sup>1</sup> Voir, de façon générale, Maria Stoicovici, « The Globalization of Flows, Major Trendsetter of International Migration » (2010) cdlxx AGORA Int'l J. Jurid.

<sup>2</sup> Au Canada Plus de 50% des 230 000 immigrants et réfugiés qui entrent annuellement au Canada sont des femmes. Voir Denise L. Spitzer, « Work, Worries, and Weariness : Towards an Embodied and Engendered Migrant Health » dans Denise L. Spitzer, dir, *Engendering migrant health : canadian perspective*, Toronto, University of Toronto Press, 2011, à la p 24.

<sup>3</sup> En 2013, le Canada faisait partie des cinq pays où le plus de réfugiés avaient été acceptés pour rétablissement. Voir Agence des Nations Unies pour les réfugiés, *Protecting Refugees & the Role of UNHCR* (2014), à la p 22.

<sup>4</sup> Plus de 18% de la population du Canada est née à l'extérieur du territoire canadien. Voir Spitzer, *supra* note 2 à la p 24.

<sup>5</sup> En 2013, le Canada faisait partie des cinq pays où le plus de réfugiés avaient été acceptés pour rétablissement. Voir Agence des Nations Unies pour les réfugiés, *Protecting Refugees & the Role of UNHCR*, Genève, NU, 2014 à la p 22.

<sup>6</sup> Gouvernement du Canada, *Regard sur la démographie canadienne – Provinces et régions*, 2013, en ligne : Gouvernement du Canada, Statistique Canada <<http://www.statcan.gc.ca/pub/91-003-x/2007001/4129908-fra.htm#a5>>.

<sup>7</sup> Ligue des droits et libertés, *Rapport sur l'état des droits humains au Québec et au Canada*, Montréal, Ligue des droits et libertés, 2013, à la p 8, en ligne : <<http://liguedesdroits.ca/wp-content/fichiers/rappot-droits-humains-web.pdf>>.



économique et la privatisation sont inquiétantes pour le respect des droits humains<sup>8</sup>. Au Canada, tel que l'indique cet organisme:

[L]'idéologie conservatrice renferme une menace globale à l'encontre de la logique des droits humains. Il s'agit de la volonté d'en écarter un principe central, celui de l'égalité de tous et de toutes, et de son corollaire, la lutte contre les inégalités d'accès à l'exercice de droits reconnus universels. Les discriminations « classiques » relevant du sexisme, du racisme ou de l'homophobie sont alors renforcées dans un espace où l'absence de restrictions à la liberté individuelle devient de mise<sup>9</sup>.

Selon la Ligue des droits et libertés, le droit à la santé au Québec est touché par l'extension de la logique marchande aux biens et aux services publics<sup>10</sup>. On observe une déresponsabilisation du gouvernement à l'égard de la santé et une tendance à la marchandisation des installations, des biens et des services de santé, surtout en matière de médicaments<sup>11</sup>. Par exemple, l'État vise de plus en plus à se défaire des coûts engendrés par les infrastructures publiques à l'aide des partenariats public-privé. La construction des centres hospitaliers universitaires à travers ce type de financement a été dénoncée par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, de nombreux médecins et des milliers de groupes communautaires<sup>12</sup>.

La situation est exacerbée pour certaines catégories de la population, dont les immigrants. En effet, selon la Cour fédérale dans la récente décision *Médecins canadiens pour les soins aux réfugiés, l'Association canadienne des avocats et avocates en droit des réfugiés, Daniel Garcia Rodrigues, Hanif Ayubi et Justice For Children and Youth c. le Procureur général du Canada et le Ministre de la*

---

<sup>8</sup> *Ibid* aux pp 5-6.

<sup>9</sup> *Ibid* à la p 6.

<sup>10</sup> *Ibid* à la p 21.

<sup>11</sup> *Ibid* aux p 22-23.

<sup>12</sup> *Ibid* à la p 24.

*Citoyenneté et de l'Immigration*<sup>13</sup> (ci-après l’Affaire PFSI), la différenciation des couvertures des soins de santé offertes par le Programme fédéral de santé intérimaire selon le pays d’origine va à l’encontre du principe d’égalité protégé à l’article 15 de la Charte canadienne des droits et libertés<sup>14</sup>. Les changements apportés à ce programme en 2012 sont susceptibles d’avoir des effets particuliers sur les femmes, notamment en matière de santé maternelle<sup>15</sup>.

D’ailleurs, les immigrantes, réfugiées et demandeuses d’asile vivent des troubles de santé ou des troubles liés à la santé de façon particulière. Par exemple, la violence genrée<sup>16</sup> peut être vécue différemment pour ces femmes que pour les non migrantes. La Commission interaméricaine des droits de l’homme, dans l’affaire *Jessica Lenahan (Gonzalez) et al v. United States*<sup>17</sup>, explique l’obligation de l’État quant à la violence domestique :

[A] State’s failure to act with due diligence to protect women from violence constitutes a form of discrimination, and denies women their right to equality before the law. These principles have also been applied to hold States responsible for failures to protect women from domestic violence acts perpetrated by private actors<sup>18</sup>.

---

<sup>13</sup> *Médecins canadiens pour les soins aux réfugiés, l’Association canadienne des avocats et avocates en droit des réfugiés, Daniel Garcia Rodrigues, Hanif Ayubi et Justice for Children and Youth c Le Procureur général du Canada et le Ministre de la Citoyenneté et de l’Immigration*, 2014 CF 651.

<sup>14</sup> *Ibid* au para 12.

<sup>15</sup> *Ibid* au para 3.

<sup>16</sup> « [T]ous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée ». Voir *Déclaration sur l’élimination de la violence à l’égard des femmes*, Rés AG 48/104, Doc off AG NU, 48<sup>e</sup> sess, Doc NU A/RES/48/104 (1993), préambule.

<sup>17</sup> *Jessica Lenahan (Gonzales) et al. c United States* (2011), Inter-Am Comm HR, No 80/11, *Annual Report of the Inter-American Commission on Human Rights : 2011*.

<sup>18</sup> *Ibid* aux paras 111 et 162.

Tel que l'expliquait Shaw en 2006, la violence genrée a des impacts spécifiques sur la santé des femmes allant au-delà des blessures physiques temporaires<sup>19</sup> :

[T]he most fundamental and basic consequence of such violence – physical and mental injury – is often overlooked. [...] Yet, gender-based violence is one of the most widespread public health problems in the world. [M]ale violence compromises the physical, sexual, and mental health of women and girls<sup>20</sup>.

Une étude effectuée au Canada en 2005<sup>21</sup> démontre que les femmes immigrantes vivent les violences genrées de façon différente. Lorsqu'elles sont subissent la violence familiale, elles ont moins tendance à rechercher de l'aide par crainte des autorités et des conséquences sur leur statut migratoire<sup>22</sup>. Plusieurs d'entre elles préfèrent ne pas consulter un médecin<sup>23</sup>. Il y a de nombreux cas de violence familiale vécus par les réfugiées au Canada qui créent des troubles psychologiques chez la victime<sup>24</sup>.

Les femmes immigrantes peuvent également vivre des violences liées à leur position au sein de la société d'accueil. Par exemple, elles peuvent subir une sexualisation due à leur genre et leur pays d'origine. C'est « l'exotisme de la

---

<sup>19</sup> Dorothy Shaw, « Women's right to health and the Millenium Development Goals: Promoting partnerships to improve access » (2006) 94 International Journal of Gynecology and Obstetrics 207, à la p 211.

<sup>20</sup> Cheryl Hanna, « Health, Human Rights, and Violence Against Women and Girls : Broadly Redefining Affirmative State Duties After *Opuz v. Turkey* » (2010) 10 Vermont Law School Legal Studies Research Paper Series 1, à la p 3.

<sup>21</sup> Yasmin Jiwani, « Walking a Tightrope : The Many Faces of Violence in the Lives of Racialized Immigrant Girls and Young Women » (2005) 11 Violence against women 846.

<sup>22</sup> Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Recommandation générale No 19*, 11<sup>e</sup> sess, Doc NU A/47/38 (1992) au para 23.

<sup>23</sup> Padmini Murthy, Ushma Upadhyay et Eleanor Nwadinobi, « Violence Against Women and Girls : A Silent Global Pandemic » dans Padmini Murthy et Clyde Landford Smith, dir, *Women's Global Health and Human Rights*, Sudbury, Jones and Bartlett Publishers, 2010, 556, à la p 11.

<sup>24</sup> Pierre Dongier, Manon Kiolet et Isabelle Ledoux, « La santé mentale des immigrants » (2007) 42 Le Médecin du Québec 33, à la p 35.

différence » (*exotisation of difference*), un processus selon lequel on dévalue les autres cultures et où on se permet des gestes et commentaires déplacés<sup>25</sup>. Finalement, la violence intérieure créée par le sentiment de devoir s'adapter à l'identité canadienne a des conséquences majeures sur la santé mentale<sup>26</sup>. Cela se produit surtout chez les filles et les jeunes femmes pour qui ce besoin vient avec la négation de leur propre culture, l'assimilation et l'internalisation des expériences du racisme et du sexisme<sup>27</sup>.

Des troubles de santé sexuelle et reproductive sont aussi vécus de façon spécifique par les femmes migrantes au Canada. Notamment, la santé maternelle est un aspect important de la santé des femmes. Les problèmes qui y sont liés sont la principale cause de mort et de handicaps pour les femmes dans le monde<sup>28</sup>. Au moins 25 % des complications dues à la grossesse résultent de l'absence de planification familiale ou de l'impossibilité d'accéder à des procédures sécuritaires et la majorité pourrait être prévenue : « There is no single cause of death and disability for men between the ages of 15 and 44 that is close to the magnitude of maternal mortality and morbidity »<sup>29</sup>.

---

<sup>25</sup> Par exemple, une jeune fille afro caribéenne dont les hommes inconnus se permettent de toucher les cheveux en demandant si ce sont des extensions. Cela peut sembler anodin, mais la littérature sur la violence genrée est claire sur le fait qu'il ne s'agit pas seulement des gestes créant des blessures physiques. Ce type de comportement est une forme de violence psychologique qui atteint fortement les femmes pour qui cela génère du stress, de l'anxiété et une baisse de l'estime personnelle. Voir *Jiwani*, *supra* note 21 aux p 863-864.

<sup>26</sup> *Ibid* aux p 864-865.

<sup>27</sup> *Ibid*.

<sup>28</sup> *Shaw*, *supra* note 19 à la p 211.

<sup>29</sup> Purnima Mane, « Conclusion : Promoting a Human Rights-Based Approach to Women's Health » dans Padmini Murthy et Clyde Landford Smith, dir, *Women's Global Health and Human Rights*, Sudbury, Jones and Bartlett Publishers, 2010, 556, à la p 536.

Au Canada, la santé maternelle est un exemple concret de la vulnérabilité de la santé des réfugiées et demandeuses d'asile<sup>30</sup>. Leurs grossesses sont plus à risque notamment en raison d'un déficit alimentaire, de la dépression, des mutilations génitales, des accouchements antérieurs dans des conditions difficiles, des moyens financiers souvent limités, des infections transmises sexuellement, de l'isolation et du stress post-traumatique. Une grossesse sur cinq chez ces femmes est considérée comme étant à risque élevé<sup>31</sup>. Des travaux<sup>32</sup> portant sur les expériences post-partum démontrent que les symptômes de dépression sont plus présents chez les femmes immigrantes de groupes minoritaires et les réfugiées que chez les groupes majoritaires ou les non-migrantes<sup>33</sup>.

Des problèmes psychologiques sont aussi susceptibles d'apparaître chez les réfugiées et demandeuses d'asile au Canada. Les expériences pré-migratoires telles que la violence organisée, la violence à caractère sexuel, les grossesses non désirées et l'exposition aux infections transmises sexuellement ou par le sang participent au développement de ces troubles<sup>34</sup>. De plus, le processus d'immigration et d'intégration au Canada impose des difficultés. Par exemple, les délais des procédures d'acceptation du statut de réfugié peuvent concourir au développement d'un sentiment d'instabilité et d'insécurité<sup>35</sup>. La perte des repères sociaux, le changement de statut social, les barrières linguistiques et l'isolation mènent à des problèmes tels

---

<sup>30</sup> Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *Étude N° 40 - La réceptivité du système canadien de soins de santé à l'égard des nouveaux arrivants* par Anita J. Gagnon, Université McGill, 2002, à la p 8.

<sup>31</sup> Eugénie Granger. « La santé de la femme nouvellement arrivée » (2007) 42 *Le Médecin du Québec* 73, à la p 76.

<sup>32</sup> Voir, en général, Samia Mechakra-Tahiri, Maria Victoria Zunzunegui et Louise Séguin, « Self-Rated Health and Postnatal Depressive Symptoms Among Immigrant Mothers in Quebec » (2007) 45 *Women & Health* 1.

<sup>33</sup> *Ibid.*

<sup>34</sup> Gagnon, *supra* note 30 à la p 6.

<sup>35</sup> Marie Munoz et Juan Carlos Chirgwin, « Les immigrants et les demandeurs d'asile : nouveaux défis » (2007) 42 *Le Médecin du Québec* 33, aux p 35-36; Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Orientations ministérielles : Une passerelle vers un avenir en santé*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, aux p 7-8.

que l'anxiété, la dépression, des troubles de somatisation et au syndrome de stress post-traumatique<sup>36</sup>. Cela peut être exacerbé par les conditions socio-économiques des réfugiées qui sont souvent précaires, caractérisées par le chômage ou des emplois peu payés et peu standardisés<sup>37</sup>. Ces femmes n'ont pas tendance à aller chercher de l'aide médicale pour ces problèmes, entre autres en raison du fait que plusieurs d'entre elles viennent de communautés ne percevant pas les troubles mentaux comme une question de santé<sup>38</sup>.

Finalement, la prévention de maladies graves est moins efficace chez ces femmes, notamment en matière des cancers du sein et du col de l'utérus. Au Québec, la mammographie, régie par le Programme québécois de dépistage du cancer du sein, est gratuite<sup>39</sup>. Plusieurs études ont été produites sur la mammographie et le test du virus du papillome humain (PAP test). Elles démontrent que le statut d'étranger et le statut migratoire jouent un rôle important dans l'utilisation de ces tests. Par exemple, les femmes immigrantes récemment arrivées, surtout les femmes venant d'Asie, du Moyen-Orient et du monde arabe vont moins recourir au PAP test de 30 % à 50 %. Elles ont également moins recours à la mammographie<sup>40</sup>.

<sup>36</sup> Dongier, Kiolet et Ledoux, *supra* note 24 à la p 34 ; Gagnon, *supra* note 30 à la p 6.

<sup>37</sup> Gagnon, *supra* note 30 à la p 7 ; Munoz et Chirgwin, *supra* note 35 aux p 7-8.

<sup>38</sup> Voir, de façon générale, Mechaka-Tahiri, *supra* note 32; Voir aussi, de façon générale, Lisa A. Merry, Anita J. Gagnon, Nahid Kalim et Stephanie S. Bouris, « Refugee Claimant Women and Barriers to Health and Social Services Post-birth » (2011) 102 *Revue canadienne de santé publique* 286.

<sup>39</sup> Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme québécoise de dépistage du cancer du sein : Rapport d'activité 2004-2005*, 2006, en ligne : Ministère de la Santé et des Services sociaux  
<<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/f2345b48104be41b852571fc0050fff3?OpenDocument>> ; Roxane Léouzon, « Les immigrantes ont moins recours à la mammographie », *Journal Métro* (27-29 septembre) 10.

<sup>40</sup> Voir, en général, James Ted McDonald et Steven Kennedy, « Cervical Cancer screening by Immigrant and Minority Women in Canada » (2007) 9 *J Immigrant Minority Health* 323 ; UK Choudhry et R. Srivastava, « Breast cancer detection practices of south Asian women : knowledge, attitude and beliefs » (1998) 25(10) *Oncology Nursing Forum* 1693 ; The Canadian Task Force on Preventive Health Care, « Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years » (2011) 183 *CMAJ* 1991.

En plus de vivre certains troubles liés à la santé de manière spécifique, les femmes immigrantes au Canada et au Québec rencontrent des obstacles particuliers dans leur cheminement au sein du système de soins de santé. D'ailleurs, les nouveaux arrivants sous-utilisent les services de soins de santé, surtout les services préventifs, les services de premières lignes et les services en santé mentale<sup>41</sup>. Les nouveaux arrivants utilisent les soins de santé de façon ad hoc dans les hôpitaux et les cliniques sans rendez-vous et le premier contact est le plus difficile<sup>42</sup>. Également, une proportion considérable d'immigrants vit des situations de délais et de complications lors de traitements médicaux<sup>43</sup>. Le Canada s'est historiquement concentré sur les obstacles de nature financière pour mesurer l'accessibilité aux soins de santé<sup>44</sup>. Cependant, il existe d'autres barrières qui limitent l'accès aux services de santé des réfugiées et demandeuses d'asile<sup>45</sup>.

---

<sup>41</sup> Lavanya Narasiah et Gilles de Margerie, « Le dépistage médical chez le nouvel arrivant » (2007) 42 *Le Médecin du Québec* 55, à la p 57 ; Gagnon, *supra* note 30 à la p V ; Baujke Miedema, Ryan Hamilton et Julie Easley, « Grimper les murs : Obstacles structurels à l'accès aux soins de santé de première ligne pour les nouveaux réfugiés au Canada », en ligne : (2008) 54 *Canadian Family Physician* <[www.cfp.ca/content/54/3/338.full](http://www.cfp.ca/content/54/3/338.full)>, à la p 338.

<sup>42</sup> Nicole Leduc et Michelle Proulx, « Patterns of Health Services Utilization by Recent Immigrants » (2004) 6 *Journal of Immigrant Health* 15, aux p 15, 18-19 ; Santé Canada, « *Certaines circonstances* » *Équité et sensibilisation du système des soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées : Recueil de documents et de rapports préparé pour Santé Canada*, Ottawa, Santé Canada, 2001, aux p 8 et 33; Margareth S. Zanchetta et Iraj M. Poureslami, « « Health Literacy Within the Reality of Immigrants' Culture and Language » (2006) 97 *Canadian Journal of Public Health* S26, à la p S27 ; Rob Whitley, Laurence J. Kirmayer et Danielle Groleau, « Understanding Immigrants' Reluctance to Use Mental Health Services: A Qualitative Study From Montreal » (2006) 51 *Can J Psychiatry* 205, à la p 205.

<sup>43</sup> Anette Sikka, Katherine Lippel et Jill Hanley. « Access to Health Care and Workers' Compensation for Precarious Migrants in Quebec, Ontario and New Brunswick » (2011) 5 *McGill J. L. & Health* 203, aux p 206-207.

<sup>44</sup> *Loi canadienne sur la santé*, LRC 1985, c C-6.

<sup>45</sup> Canada, Santé Canada, « *Certaines circonstances* » *Équité et sensibilisation du système des soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées : Recueil de documents et de rapports préparé pour Santé Canada*, Ottawa, Santé Canada, 2001, aux p 7, 25, 99, 251; K. Bruce Newbold et Jeff Danforth, « Health status and Canada's immigrant population » (2003) 57 *Social Science & Medicine* 1981, à la p 1992; Claudia Sanmartin et Nancy Ross, « Experiencing Difficulties Accessing First-Contact Health Services in Canada » (2006) 1 *Healthcare Policy* 103, aux p 104, 111; Bilkis Vissandjée, Morton Weinfeld, Sophie Dupéré et Shelly Abdool, « Sex, Gender, Ethnicity, and Access to Health Care Services : Research and Policy Challenges for Immigrant Women in Canada » (2001) 2 *Journal of International Migration and Integration* 55, à la p 66.

Par exemple, la littérature concernant les femmes immigrantes indique que l'influence de la relation entre le nouvel arrivant et le système de santé canadien et québécois est très importante. En effet, comprendre et s'approprier le système de santé et d'immigration et leurs réseaux respectifs peut être un défi de taille pour les nouveaux arrivants. Ainsi, la méconnaissance du système est un obstacle pour de nombreuses femmes immigrantes. Les utilisateurs éventuels ne maîtrisent pas toujours le fonctionnement de la structure, leurs droits quant aux services et les disponibilités de ceux-ci, la manière d'y accéder, les rôles des professionnels et des fournisseurs ou quelles devraient être leurs attentes<sup>46</sup> :

Individuals with precarious immigration status who are experiencing acute health crises had delayed seeking care due to a misunderstanding of the system. Immigrants in Canada receive fewer screening for diseases and have less information about disease transmission, and health promotion<sup>47</sup>.

Selon Oxman-Martinez, une mauvaise compréhension de la confidentialité pousse des individus à croire que de trop nombreuses visites chez le médecin ou des problèmes de santé nuiront à leur statut<sup>48</sup>.

La langue pose également un problème particulier à l'accès aux services de soins de santé. On estime qu'environ 88 % des réfugiés et demandeurs d'asile ne parlent pas français à leur arrivée au Québec<sup>49</sup>. Malgré plusieurs années au Canada, certains immigrants ne peuvent toujours pas s'exprimer clairement dans une des langues

---

<sup>46</sup> Gagnon, *supra* note 30 à la p 9.

<sup>47</sup> Sikka, Lippel et Hanley *supra* note 43 à la p 209.

<sup>48</sup> Jacqueline Oxman-Martinez, Jill Hanley, Lucyna Lach, Nazilla Khanlou, Swarna Weerasinghe et Vijay Agnew. « Intersection of Canadian Policy Parameters Affecting Women with Precarious Immigration Status : A Baseline for Understanding Barriers to Health » (2005) 7 *Journal of Immigration Health* 247, à la p 255.

<sup>49</sup> Québec, Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, *Plan d'action du gouvernement pour l'accueil et l'intégration des personnes réfugiées sélectionnées à l'étranger 2013-2016*, Immigration et Communautés culturelles, aux p 5 et 10.



officielles. C'est le cas surtout pour les femmes, les personnes peu éduquées et les personnes ayant des troubles psychologiques<sup>50</sup>. La méconnaissance du français ou de l'anglais restreint l'utilisation des services sociaux de tout genre et la communication entre le prestataire de service et le bénéficiaire en est affectée<sup>51</sup>. Ces problèmes peuvent mener à des erreurs de diagnostic et un traitement inappropriés de la part du fournisseur<sup>52</sup>. Le patient a plus de chance de ne pas comprendre ces derniers<sup>53</sup>. Les femmes immigrantes peuvent avoir accès à un interprète formel, mais elles ont fréquemment tendance à utiliser l'aide d'un membre de la famille, compromettant leur vie privée et influençant les relations de pouvoir au sein du foyer. Ces interprètes informels ne parlent parfois pas bien le français ou l'anglais et les symptômes et le diagnostic peuvent être mal traduits<sup>54</sup>. Les femmes immigrantes sont souvent moins portées à apprendre la langue officielle que les hommes dans un ménage en raison, notamment, des responsabilités familiales<sup>55</sup>. Lors d'une étude à Montréal, des répondantes immigrantes et intervenantes ont mentionné l'importance de la barrière de la langue :

La méconnaissance de la langue française chez les femmes est la plus grande barrière nommée par la majorité des répondantes de tous les établissements et organismes communautaires. Toutes les intervenantes notent que parler le français est la condition essentielle pour que les femmes puissent communiquer avec les services et participer à divers groupes. [...] Par exemple, certaines femmes vont avec leur mari à la rencontre avec l'intervenante, car lui seul parle français. Il semble que

---

<sup>50</sup> Nancy Fowler, « Providing primary health care to immigrants and refugees : the North Hamilton experience » (1998) 159 JAMC 388, à la p 388; *Santé Canada*, *supra* note 45 aux p 34-35 et 80.

<sup>51</sup> *Dongier, Kiolet et Ledoux*, *supra* note 24 à la p 33 ; *Munoz et Chirgwin*, *supra* note 35 à la p 41 ; *Gagnon*, *supra* note 30 à la p 9.

<sup>52</sup> *Munoz et Chirgwin*, *supra* note 35 à la p 40.

<sup>53</sup> *Ibid* ; *Dongier, Kiolet et Ledoux*, *supra* note 24 à la p 33.

<sup>54</sup> *Gagnon*, *supra* note 30 à la p 9 ; *Munoz et Chirgwin*, *supra* note 35 à la p 40 ; *Dongier, Kiolet et Ledoux*, *supra* note 24 à la p 33 ; *Santé Canada*, *supra* note 45 à la p 36.

<sup>55</sup> *Leduc et Proulx*, *supra* note 42 à la p 21.

parfois le mari traduit, mais d'autres fois, il donne les réponses sans traduire les questions à sa conjointe<sup>56</sup>.

La Cour Suprême du Canada, dans le cas *Eldridge c. la Colombie-Britannique*<sup>57</sup>, a déjà affirmé que l'absence de communication donne lieu à des soins de qualité inférieure<sup>58</sup>.

D'autres barrières de nature culturelle limitent l'accès à des soins de santé des femmes migrantes. Premièrement, des différences au niveau de la perception de la santé, de certaines pratiques, des rôles des intervenants et de la façon de traiter les maladies peuvent décourager ces femmes à utiliser les services de santé. Entre autres, les méthodes basées uniquement sur la science et sur les médicaments pharmaceutiques peuvent limiter la confiance pour les personnes dont les croyances religieuses et la médecine traditionnelle ont une grande importance<sup>59</sup>. Deuxièmement, la nature de la communication entre le bénéficiaire et le fournisseur a des conséquences dans la qualité des soins donnés et dans la satisfaction du patient. Les différences culturelles entre ces deux acteurs peuvent brimer cette relation. Certains immigrants rapportent avoir vécu des expériences de racisme, de discrimination,

---

<sup>56</sup> Régie régionale de la santé et des services sociaux, CLSC Côte-des-Neiges, *Empowerment et femmes immigrantes* par Brigitte Côté, Ginette Berteau, Danielle Durand, Marie-France Thibaut et Marcelle Tapia, Institut national de santé publique du Québec, 2002, à la p 25.

<sup>57</sup> *Eldridge c. Colombie-Britannique*, 1997 3 RCS 624.

<sup>58</sup> Ce jugement de 1997 porte uniquement sur les personnes sourdes, mais il ouvre tout de même la porte sur la question de l'importance d'une bonne communication dans la fourniture des soins de santé pour que l'égalité d'accès soit satisfaite en affirmant que l'efficacité de la communication est une partie intégrante et essentielle dans la prestation des services de santé. Voir *Santé Canada*, *supra* note 45 aux p 15, 37, 80-86 ; Gouvernement du Canada au Conseil économique et social, *Application du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels – Quatrièmes rapports périodiques présentés par les États parties en vertu des articles 16 et 17 du Pacte*, Doc NU E/C.12/4/Add.15 (2004) au para 91 ; Conseil des droits de l'homme, *Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, M. Paul Hunt, 4<sup>e</sup> sess, Doc NU A/HRC/4/28 (2007) au para 19.

<sup>59</sup> Fowler, *supra* note 50 à la p 388 ; K. Bruce Newbold, « Self-rated health within the Canadian immigrant population : risk and the healthy immigrant effect » (2005) 60 *Social Science & Medicine* 1359, à la p 1360 ; *Santé Canada*, *supra* note 45 aux p 20-25 et 99 ; Zanchetta et Poureslami, *supra* note 42 à la p S27 ; Whitley, Kirmayer et Groleau, *supra* note 42 à la p 205.

d'ethnocentrisme ou de manque de prise en compte de la culture et des pratiques culturelles par les intervenants du milieu de la santé<sup>60</sup>.

### Problématique et hypothèse

Les femmes réfugiées et demandeuses d'asile ont des troubles et des besoins spécifiques en matière de santé. Puisqu'il y a des obstacles à l'accès aux soins de santé de ces femmes, nous voulons savoir si des efforts gouvernementaux sont entrepris pour tenir compte des besoins particuliers de cette catégorie de la population à l'égard de la santé. C'est ce qui nous a portés à nous poser la question suivante : quel est l'état de la protection du droit à la santé des femmes réfugiées et demandeuses d'asile au Canada en relation avec ses engagements internationaux et la protection du droit à la santé des femmes migrantes dans le système international de protection des droits humains? Nous pensons que, vu la situation des droits fondamentaux, de la démocratie, de l'accueil des étrangers et des services de soins de santé, il n'y a pas de disposition discriminatoire à l'égard des femmes immigrantes en matière de santé. Cependant, nous supposons que les lois canadiennes et québécoises, se voulant neutres et objectives, comportent faiblesses quant à l'obligation de prendre des mesures législatives, politiques, administratives pour tenir compte des besoins particuliers des groupes marginalisés<sup>61</sup>, dont ces femmes. Nous pensons que ces lacunes peuvent mener à l'élaboration de programmes ayant des effets discriminatoires à l'égard de l'accès aux soins de santé envers certaines catégories de migrants. Cela peut avoir des conséquences particulières sur la santé et l'accès aux soins de santé des femmes immigrantes.

---

<sup>60</sup> *Santé Canada*, *supra* note 45 à la p 252.

<sup>61</sup> Par «marginalisation» et «groupes marginalisés», on entend "Marginalization occurs when people are systematically excluded from meaningful participation in economic, social, political, cultural and other forms of human activity in their communities and thus are denied the opportunity to fulfil themselves as human beings." Voir Digumarti Bhaskara Rao, *Education For All : Issues and Trends*, New Dehli, APH Publishing Corporation, 2007 à la p 223.

Notons que nous concentrerons notre recherche sur les femmes réfugiées et demandeuses d'asile. Restreindre la recherche à cette catégorie de femmes migrantes est nécessaire puisque le Canada classe ses nouveaux arrivants selon le critère d'admission pour lequel ils sont acceptés sur le territoire, leur conférant ainsi leur statut d'immigration. Avec chacun des statuts sont attribués des bénéfices et restrictions spécifiques, notamment en matière de santé. L'expérience migratoire et le cheminement dans le système de santé seront donc différents pour les femmes acceptées en tant que réfugiées ou demandeuses d'asile que pour les autres catégories de migrantes au Canada.

Par ailleurs, l'objectif de cette recherche n'est pas de considérer les femmes réfugiées et demandeuses d'asile comme un groupe homogène. Pays d'origine, langue, culture et processus migratoire sont autant de facteurs faisant en sorte que ce groupe est constitué d'identités<sup>62</sup> multiples. Nous avons cependant décidé de faire du statut migratoire le plus petit dénominateur commun de notre sujet d'étude, puisque c'est aussi le cas des lois et programmes étudiés.

---

<sup>62</sup> Dans son article « Identity Within : Cultural Relativism, Minority Rights and the Empowerment of Women »((2002-2003) 34 Geo. Wash. Int'l L. Rev. 483 aux p 483), Radhika Coomaraswamy explique ce que sont les identités: «The subjective identities that philosophers explore must come to terms with the objective reality of identity as it plays out in the real world. In all societies, as the Census and Statistics departments will attest, people are categorized and identified by a social identity, especially as it is expressed in religious, ethnic, or tribal terms. These group-based identities often help determine our position in the social and political hierarchy of a society and also condition people's attitudes and perceptions toward us as we go about our daily business. These stereotypes and homogenous characterizations create obstacles for the realization of equality. They are also the substance of discrimination and often the basis for power and privilege». Dans cette recherche, nous utiliserons souvent le terme identité, ou identitaire. Nous référons à ces aspects positionnant un individu dans la société.

## 1. CADRE THÉORIQUE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

Afin d'étudier la question de l'accès aux soins de santé des femmes immigrantes au Canada, il importe de comprendre, d'un point de vue théorique, la multiplicité des éléments identitaires et des discriminations que ces femmes vivent. Il est insuffisant d'explorer uniquement les problèmes relevant du genre ou du statut migratoire pour analyser les complexités entourant l'accès de ces femmes au « meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre »<sup>63</sup>. Des courants de pensée découlant du féminisme ont développé des théories permettant de représenter les identités multiples des femmes, dont ceux portant sur l'approche intersectionnelle. Celle-ci permet d'expliquer la relation entre plusieurs sources de discrimination créant un système d'oppression spécifique. Les femmes migrantes se trouvent souvent dans une telle situation particulière où plusieurs formes de discrimination interagissent : le statut d'étrangère, le genre, le fait de faire partie d'une minorité visible ou culturelle, la langue, la religion, etc.

Dans ce chapitre, nous abordons : (1) le fait que le régime international de protection des droits humains semble s'être, jusque récemment, concentré sur des problématiques éprouvées par les hommes et sur des violations commises par l'État ; (2) comment l'approche privilégiée par le féminisme occidental, utilisée en droit international, ne permet pas de garantir adéquatement et complètement les expériences vécues par les femmes subissant des formes multiples de discrimination ; (3) ce que les courants féministes antiessentialistes proposent, notamment la théorie de l'intersectionnalité ; (4) la pertinence d'appliquer ces concepts pour l'étude des problèmes liés au système de santé vécus par les femmes immigrantes au Canada.

---

<sup>63</sup> *Pacte International relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, 16 décembre 1966, 993 RTNU (entré en vigueur le 3 janvier 1976), article 12.

## 1.1 Les limites du système international des droits humains pour l'étude et la protection des personnes faisant face à de multiples formes de discrimination

Le régime international de protection des droits humains est en constante évolution depuis sa création. Cependant, il existe encore, au sein de ce système, des limites à la garantie des droits de certains groupes. Notamment, les femmes migrantes vivant de multiples formes de discrimination de façon simultanée peuvent se heurter à certains obstacles. Parmi ceux-ci, nous étudions comment le régime international de protection des droits humains s'est historiquement questionné sur les violations subies par les hommes et comment le féminisme utilisé par ce système peut être perçu comme étant essentialiste.

### 1.1.1 Un système international de protection des droits humains genré

En 1995, Hilary Charlesworth expliquait comment la construction du régime international de protection des droits humains a créé un système ne permettant pas de répondre aux problématiques propres aux femmes de façon adéquate :

Long-term male domination of all bodies wielding political power nationally and internationally means that issues traditionally of concern to men are regarded as *general* human concerns ; “ women’s concerns,” by contrast, are regarded as a distinct and limited category. Because men generally are not the victims of sex discrimination, domestic violence, or sexual degradation and violence, for example, these matters

are often relegated to a specialized and marginalized sphere and are regulated, if at all, by weaker methods<sup>64</sup>.

Traditionnellement, le droit se veut hypothétiquement impartial, objectif et universel à l'aide d'un langage neutre insistant sur l'égalité absolue entre les sexes<sup>65</sup>. Cependant, cette vision semble ne pas tenir compte du fait que ce désir même de neutralité participe à la marginalisation des expériences spécifiques des femmes<sup>66</sup> tel que l'expliquait Charlesworth :

International jurisprudence assumes that international law norms directed at individuals within states are universally applicable and neutral. It is not recognized, however, that such principles may impinge differently on men and women; consequently, women's experiences of the operation of these laws tend to be silenced or discounted<sup>67</sup>.

Cette tendance du régime international de protection des droits humains s'observe dans sa structure normative<sup>68</sup> et dans sa structure organisationnelle<sup>69</sup>.

---

<sup>64</sup> Hilary Charlesworth, « Human Rights as Men's Rights » dans Peters, Julie et Wolper, Andrea, éd, *Women's rights, human rights : International feminist perspectives*, New York, Routledge - Taylor & Francis Group, 1995 aux pages 105-106.

<sup>65</sup> Hilary Charlesworth, Christine Chinkin et Shelley Wright, « Feminist Approaches to International Law » (1991) 85 Am. J. Int'l L. 613 à la p 613 ; Hilary Charlesworth, « The Hidden Gender of International Law » (2002) 16 Temp. Int'l & Comp. L.J. 93 à la p 93 ; Julie Peters et Andrea Wolper, éd, *Women's rights, human rights : International feminist perspectives*, New York, Routledge - Taylor & Francis Group, 1995 à la p 3.

<sup>66</sup> Charlesworth, *supra* note 65 à la p 93 ; Natalie Hevener Kaufman et Stefanie A. Lindquist, « Critiquing Gender-Neutral Treaty Language : The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women », dans Peters, Julie et Wolper, Andrea, éd, *Women's rights, human rights : International feminist perspectives*, New York, Routledge - Taylor & Francis Group, 1995 à la p 124.

<sup>67</sup> Charlesworth, Chinkin et Wright, *supra* note 65 à la p 625.

<sup>68</sup> Le mode de fabrication des règles et leur contenu est genré en ce sens que, malgré qu'elles se veulent neutres, elles affectent les hommes différemment qu'elles affectent les femmes. Elles tendent en réalité à rendre silencieuses les violations vécues par les femmes. Voir Charlesworth, Chinkin et Wright, *supra* note 65 à la p 625.

<sup>69</sup> L'organisation structurelle est genrée en ce sens que, encore aujourd'hui, le milieu international des droits humains est disproportionnellement représenté par les hommes et que, ainsi, il ne peut y avoir une bonne perspective des expériences des femmes. L'invisibilité et la marginalisation des femmes est évidente à la fois dans le système international et dans la

Depuis son instauration par et pour les hommes, le système international s'est foncièrement concentré sur les violations subies par ceux-ci. Cela est notamment causé par l'approche stratocentrée qui fait de l'État le principal acteur à la fois en tant que celui qui commet les abus et en tant que protecteur des droits des individus. Les normes basées sur l'expérience masculine ont, par la suite, été appliquées aux femmes. Ce faisant, le modèle androcentrique du système international de protection des droits humains et ses institutions patriarcales ne permettent pas de prendre en compte les expériences vécues spécifiquement par les femmes<sup>70</sup>.

En se concentrant sur les violations éprouvées par les hommes, les sujets propres aux femmes sont devenus invisibles, puis marginalisés dans la programmation du régime de protection des droits humains. Pendant plusieurs années, le système ne s'est penché que sur l'égalité formelle et aucun instrument ne tenait compte des violations qui concernaient principalement les femmes. Le langage soi-disant neutre ne les protégeait que lorsque leurs expériences coïncidaient avec celles des hommes<sup>71</sup> ou lors d'un traitement différentiel *de jure* ou *de facto* de la part

---

plupart des États : les femmes y sont sous représentées, particulièrement dans les positions de pouvoir. Un exemple concret de la structure opérationnelle genrée du droit international se trouve dans les limites du mandat de la Commission du statut de la femme de l'ONU : la non-discrimination basée sur le sexe était clairement établie dans le mandat de la Commission des droits humains. Cependant, la création du mandat de la Commission du statut de la femme a fait en sorte qu'elle a cessé de travailler sur les questions des femmes, alors que son mandat est beaucoup plus large. Charlesworth, Chinkin et Wright, *supra* note 65 aux p 621-622 et Elissavet Stamatopoulou, « Women's Rights and the United Nations » dans Peters, Julie et Wolper, Andrea, éd, *Women's rights, human rights : International feminist perspectives*, New York, Routledge - Taylor & Francis Group, 1995 aux p 36 à 42.

<sup>70</sup> Berta Esperanza Hernandez-Truyol, « Race, Sex and Human Rights : A Critical Global Perspective » (1997) 91 Am. Soc'y Int'l L. Proc » à la p 411; Hope Lewis, « « Embracing Complexity : Human Rights in Critical Race Feminist Perspective » (2003) 12 Colum. J. Gender & L. à la p 519; Charlotte Bunch, « Transforming Human Rights from a Feminist Perspective » dans Peters, Julie et Wolper, Andrea, éd, *Women's rights, human rights : International feminist perspectives*, New York, Routledge - Taylor & Francis Group, 1995 aux p 11 à 13; Charlesworth, *supra* note 64 à la p 103 ; Charlesworth, Chinkin et Wright, *supra* note 65 aux p 615 et 644.

<sup>71</sup> Un exemple concret de l'omission des violations vécues particulièrement par les femmes est le fait que le viol n'a pas été reconnu comme une violation des droits de l'homme avant 1993 avec la Conférence à Vienne. Stamatopoulou, *supra* note 69 aux p 41-42.



de l'État : « [W]omen were not present when the rules were being crafted and thus the rules were not made by women for women or with women in mind. Consequently, women's problems, issues, and concerns were not central to the right framework »<sup>72</sup>. Cet isolement a mené au développement d'une jurisprudence peu abondante et limitée sur les violations des droits des femmes. Ces derniers ont ainsi longtemps été envisagés comme une branche secondaire des droits humains<sup>73</sup>.

On peut observer cette prévalence masculine au sein du régime international de protection des droits humains dans la hiérarchisation binaire traditionnelle : la supériorité des droits civils et politiques (DCP) sur les droits économiques, sociaux et culturels (DESC) et la division entre les sphères publique et privée<sup>74</sup>.

Alors qu'ils sont sur un pied d'égalité dans la Déclaration universelle des droits humains (DUDH), un compromis politique entre les blocs de l'Est et de l'Ouest lors de la Guerre froide a séparé les droits civils et politiques et les droits économiques, sociaux et culturels en deux textes conventionnels<sup>75</sup>. Bien qu'on reconnaisse aujourd'hui l'indivisibilité des droits humains, les obligations liées aux DCP sont plus strictes et leur mécanisme de surveillance plus efficace. Les DESC ont accusé un recul important en matière de mise en oeuvre. En 2003, Johanna E. Bond expliquait comment cette division théorique a des effets particuliers sur les femmes :

---

<sup>72</sup> Johanna E. Bond, « International Intersectionality: A Theoretical and Pragmatic Exploration of Women's International Human Rights Violations » (2003) 52 Emory L.J. 71, aux p 82 à 85.

<sup>73</sup> *Ibid* ; Charlesworth, *supra* note 65 à la p 97 ; Charlesworth, Chinkin et Wright, *supra* note 65 à la p 615 ; Hernandez-Truyol, *supra* note 70 aux p 412-413 ; Lisa Crooms, « Indivisible Rights and Intersectional Identities or, "What do Women's Human Rights Have to Do with the Race Convention » (1996-1997) 40 Howard L.J. aux p 628-629 ; Bunch, *supra* note 70 à la p 11 ; Stamatopoulou, *supra* note 69 à la p 45.

<sup>74</sup> Niamh Reilly, *Women's Human Rights*, Cambridge, Polity Press, 2009 à la p 22.

<sup>75</sup> Bond, *supra* note 72 aux p 83 à 85 ; Hernandez-Truyol, *supra* note 70 à la p 411.

This hierarchy negatively affected women because men were considered exclusive occupants of the civil and political realm and because gender roles curtailed women's economic, social, and cultural rights to such extent that they were unable to express their civil and political selves<sup>76</sup>.

La plupart des violations vécues par les femmes, qui expérimentent des relations différentes avec l'État, touchent plus les DESC. La codification de l'indivisibilité des droits humains dans la Déclaration de Vienne de 1993 n'a pas eu l'influence désirée sur la pratique des États. Dans le monde occidental surtout, mais aussi au sein des organes du régime international de protection des droits humains, la jurisprudence est plus développée en ce qui a trait aux DCP qu'en ce qui a trait aux DESC<sup>77</sup>.

La priorité des DCP sur les DESC reflète la hiérarchie du public sur le privé. En effet, ces deux divisions binaires ont mené le système international de protection des droits humains à se concentrer davantage sur les problèmes vécus par les hommes que sur les problèmes vécus par les femmes. Les auteures Pamela Goldberg et Julie Mertus ont résumé la division qui a été faite entre les secteurs privé et public :

Across cultures and throughout time, societies view violence against women in the private sphere as something apart from, and less egregious than, violence that occurs in the public sphere. The traditional notions of human rights abuses have evolved with the distinction that abuses in the

---

<sup>76</sup> Bond, *supra* note 72 à la p 87.

<sup>77</sup> Reilly Anne Dempsey et Benjamin Mason Meier, « Going Negative : How Reproductive Rights Discourse Has Been Altered from a Positive to a Negative Rights Framework in Support of Women's Rights » dans Padmini Murthy et Clyde Landford Smith, dir, *Women's Global Health and Human Rights*, Sudbury, Jones and Bartlett Publishers, 2010, 556, à la p 85 ; Audrey R. Chapman, « Monitoring Women's Right to Health Under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights » (1994-1995) 44 Am. U. L. Rev. 1157 aux p 1131-1134 et 1159-1161 ; Donna J. Sullivan, « The Nature and Scope of Human Rights Obligations concerning Women's Right to Health » (1995) 1 Health and Human Rights 368 aux p 373-376 ; Lewis, *supra* note 70 à la p 517 ; Tracy E. Higgins, « Anti-Essentialism, Relativism, and Human Rights » (1996) 19 Harv. Women's L.J. 89 à la p 933 ; Crooms, *supra* note 73 aux p 627 et 630 ; Bond, *supra* note 72 aux p 86-87 ; Reilly, *supra* note 74 aux p 33-34.

private sphere occur most frequently against women and those in the public sphere occur most frequently against men<sup>78</sup>.

Traditionnellement, le régime international de protection des droits humains a ciblé principalement les abus commis par des représentants de l'État, laissant dans l'oubli ceux se produisant dans la sphère privée, entre autres au sein du cercle familial ou du milieu de travail<sup>79</sup>. Les violations survenant dans le secteur public affectent historiquement les hommes et celles perpétrées dans la sphère privée, telles que la violence domestique ou l'exploitation sexuelle, affectent plutôt les femmes. Le droit international et la majorité des systèmes juridiques internes se sont surtout concentrés sur les violations ayant lieu dans la sphère publique : les abus commis par l'État avaient préséance sur ceux commis par les individus. Aujourd'hui, il est reconnu que la responsabilité de l'État peut être engagée lorsqu'il omet de prévenir, d'enquêter ou de punir adéquatement des actions de violations des droits humains commises par des acteurs privés<sup>80</sup>. Des cours internationales ou régionales ont d'ailleurs abordé ce sujet. En 2009, la Cour interaméricaine des droits de l'homme, dans le cas *González et al. (« Cotton Field ») v. Mexico*<sup>81</sup>, a analysé une situation de violence basée sur le genre. Selon la Cour interaméricaine, l'État ne peut être tenu responsable de toutes les violations des droits humains commises par des acteurs

---

<sup>78</sup> Julie Mertus et Pamela Goldberg, « A Perspective on Women and International Human Rights After the Vienna Declaration: The Inside/Outside Construct » (1993-1994) 26 N.Y.U. J. Int'l L. & Pol. 201 à la p 208.

<sup>79</sup> On commence de plus en plus à reconnaître l'importance des violations vécues dans les sphères privées. Cependant, elle reste, en pratique, un obstacle pour plusieurs femmes migrantes qui, en raison des barrières linguistiques et culturelles et de l'exclusion sociale, demeurent restreintes à la sphère privée de la famille et de la communauté d'origine. Par exemple, une femme victime de violence domestique hésitera à aller le reporter à la police par crainte des répercussions ou même par crainte de ne pas être prise au sérieux par les autorités. Si, qui plus est, elle fait partie d'une communauté minoritaire ou marginalisée, elle craindra également les répercussions de celle-ci. Voir Organisation internationale pour les migrations, *Migrations : A Social Determinant of the Health of Migrants* par Anita A. Davies, Anna Basten et Chiara Frattini, La Division migration et santé, Genève (2006) à la p 10 ; Reilly, *supra* note 74 aux p 30-32.

<sup>80</sup> Ce progrès est largement dû au travail des activistes féministes des années 1990 notamment lors des Conférences à Vienne, Beijing et au Caire. Bond, *supra* note 72 aux p 89-92.

<sup>81</sup> *Affaire PFSI*, *supra* note 13.

privés<sup>82</sup>. Il existe cependant une obligation de prévention (notamment en adoptant des mesures légales)<sup>83</sup> ainsi qu'une obligation d'enquêter<sup>84</sup>.

### 1.1.2 L'approche essentialiste du féminisme et le régime international de protection des droits humains

Plusieurs suggestions, notamment de la part d'activistes féministes, ont été formulées pour mettre de l'avant la subordination des femmes et y remédier. Ces initiatives ont pris de plus en plus de place dans le régime international pour la protection des droits humains et ont ainsi permis de prendre davantage en considération les violations vécues par les femmes. Cependant, les contributions féministes, s'inspirant des féminismes occidentaux traditionnels<sup>85</sup>, sont teintées des limites de l'essentialisme<sup>86</sup> et de

---

<sup>82</sup> *Ibid* au para 280.

<sup>83</sup> *Ibid* au para 286.

<sup>84</sup> *Ibid* aux paras 287-292.

<sup>85</sup> Par exemple, le féminisme libéral qui luttait pour l'égalité formelle des droits entre les hommes et les femmes ; le féminisme culturel selon lequel les hommes et les femmes ont développé des aptitudes et des caractéristiques différentes et que les caractéristiques masculines ont été et sont encore privilégiées alors que les caractéristiques féminines sont marginalisées et sous-estimées. Ces formes traditionnelles du féminisme traitent les femmes comme une catégorie monolithique sans fragmentation interne qui peut simplement être comparée à la catégorie des hommes. Voir Lorraine Code, *Encyclopedia of Feminist Theories*, New York, Routledge, 2000 aux p 113 et 303; Bond, *supra* note 72 aux p 81 et 104-108 ; Charlesworth, *supra* note 65 aux p 93-97.

<sup>86</sup> Selon Trina Grillo, l'essentialisme se définit comme suit : « [T]he notion that there is a single woman's, or Black person's, or any other group's experience that can be described independently from other aspects of the person- that there is an essence to that experience. An essentialist outlook assumes that the experience of being a member of the group under discussion is a stable one, one with a clear meaning, a meaning constant through time, space, and different historical, social, political, and personal contexts ». Voir Trina Grillo, « Anti-Essentialism and Intersectionality: Tools to Dismantle the Master's House » (1995) 10 Berkeley Women's L.J. 16 à la p 19. Selon Higgins, l'approche essentialiste de la femme se base sur l'expérience de la femme blanche de classe moyenne occidentale, éduquée et hétérosexuelle : « Such an approach tends to attribute commonly shared forms of oppression to gender and specific forms of oppression to other sources such as race, class, or sexual orientation. Consequently, an essentialist approach risks becoming a least common denominator approach, allowing relatively privileged women's experiences to define the feminist agenda. This tendency, in turn, creates division among women. In short, when feminists aspire to account for women's oppression

l'universalisation de la culture occidentale dominante caractérisant le système international<sup>87</sup>.

D'importants progrès du régime international de protection des droits humains ont été réalisés afin de mieux conceptualiser et répondre aux problèmes spécifiques des femmes<sup>88</sup>. Mais ceux-ci représentent un mouvement basé sur une identité féminine monolithique et une expérience commune de discrimination. Cette rigidité a exclu plusieurs catégories identitaires telles que la race, la classe, la religion et l'orientation. La façon dont le système des droits humains conçoit la discrimination fondée sur le genre ne peut refléter les expériences de nombreuses femmes pour qui l'identité féminine croise d'autres aspects identitaires, créant une situation particulière<sup>89</sup>.

L'essentialisme du régime international de protection des droits humains peut être observé par la compartimentation thématique des discriminations. De façon générale, l'articulation des identités s'est faite à travers les définitions des éléments discriminatoires et des oppositions binaires<sup>90</sup>. Cette construction a mené à utiliser des termes génériques

---

through claims of cross-cultural commonality, they construct the feminist subject through exclusions, narrowing her down to her essence ». Voir *Higgins, supra* note 77 à la p 102.

<sup>87</sup> *Coomaraswamy, supra* note 62 aux p 483 et 490 ; *Bond, supra* note 72 aux p 81 et 104-108 ; Inderpal Grewal et Caren Kaplan, « Introduction : Transnational Feminist Practices and Questions of Postmodernity » dans Inderpal Grewal et Caren Kaplan, *Scattered Hegemonies*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 1994, 261, à la p 17 ; Sherene Razack, « Beyond Universal Women : Reflections on Theorizing Differences Among Women » (1996) 45 U.N.B.L.J. 209 à la p 210.

<sup>88</sup> Notamment, l'entrée en vigueur de la CEDEF en 1981, l'adoption de la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes et la Déclaration et le Programme d'action de Vienne en 1993, la Conférence internationale sur la population et le développement en 1994 et la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes à Beijing en 1995. Grâce aux féministes activistes, des abus commis à l'égard des femmes ont été reconnu comme des violations des droits humains, dont la violence fondée sur le sexe.

<sup>89</sup> *Bond, supra* note 72 aux p 72-73.

<sup>90</sup> Par exemple, on définit la femme par son opposition à l'homme, le noir au blanc, la raison à l'émotion, le fait à l'opinion, etc. Chaque terme trouve son sens par sa différence par rapport à sa contrepartie opposée. Dans chaque opposition binaire existe une relation hiérarchique de supériorité et d'infériorité. Voir Patricia Hill Collins, « Learning from the Outsider Within : The Sociological Significance of Black Feminist Thought » (1986) 33 Social Problems 514 à la p 520 ; *Bond, supra* note 72 à la p 130 ; *Charlesworth, supra* note 65 aux p 96-97.

pour délimiter les groupes déterminant la position des individus dans la hiérarchie politique et sociale et conditionnant les attitudes et les perceptions. Ces stéréotypes et caractérisations homogènes créent des obstacles à la réalisation de l'égalité entre les hommes et les femmes<sup>91</sup>.

La division thématique semble évidente dans la séparation générale des DCP et des DESC en deux pactes distincts et l'adoption de traités au contenu spécifique. Par exemple, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF)<sup>92</sup> ne mentionne pas la multiplicité des discriminations vécues par les femmes dans ses paragraphes opérationnels et ses dispositions engageant la responsabilité des États. Ce faisant, on y a essentialisé l'expérience de la discrimination sexuelle basée sur une catégorie monolithique de femmes. On n'y reconnaît pas que plusieurs modes de subordination peuvent se renforcer mutuellement.

D'une façon similaire, la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale<sup>93</sup> semble avoir construit le standard de la discrimination raciale autour du genre masculin. Selon Kimberlé Crenshaw, en se concentrant sur l'expérience des hommes, des hommes noirs plus spécifiquement, on en fait la norme raciale et l'essence de l'identité raciale<sup>94</sup>. Les expériences de discrimination raciale visant exclusivement les femmes deviennent invisibles dans cette définition<sup>95</sup>. Cependant, le

---

<sup>91</sup> *Hernandez-Truyol*, *supra* note 70 à la p 413 ; *Bond*, *supra* note 72 aux p 92-93 ; *Hill Collins*, *supra* note 90 à la p S20 ; *Charlesworth*, *supra* note 65 aux p 96-97 ; *Crooms*, *supra* note 73 à la p 626.

<sup>92</sup> *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*, 18 décembre 1979, 1249 RTNU 13.

<sup>93</sup> *Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale*, 7 mars 1966, 660 RTNU 195.

<sup>94</sup> Kimberlé Crenshaw, « Demarginalizing the Intersection of Race and Sex : A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics » (1989) U. Chi. Legal F. 139, à la p 151.

<sup>95</sup> *Ibid* ; *Crooms*, *supra* note 73 à la p 620.

Comité des droits économiques, sociaux et culturels a adopté la Recommandation 25<sup>96</sup>. Il y reconnaît que les femmes ne vivent pas le racisme de la même façon que les hommes, mais sont susceptibles de vivre des discriminations raciales spécifiques aux femmes, notamment le harcèlement sexuel<sup>97</sup>.

Cette institutionnalisation des discriminations dans un cadre juridique exclusif fait en sorte que les femmes vivant des discriminations simultanées se retrouvent devant un dilemme. Tel que l'expliquait Lisa Crooms, elles doivent choisir un aspect identitaire s'il y a abus de leurs droits et veulent utiliser le système juridique international pour les défendre : « As currently constituted, the limitations of *either/or* prevent the law from handling the experiences and identities of those who cannot fully describe themselves as *either/or* propositions without obliterating themselves beyond recognition »<sup>98</sup>. Par exemple, une femme noire éprouvant une discrimination raciale genrée doit décider si sa situation réfère plus à une violation basée sur le genre ou sur la race lorsqu'elle désire faire une pétition visant cette discrimination<sup>99</sup>. Le régime international de protection des droits humains semble ainsi incapable de considérer les avantages et les désavantages vécus par divers individus au sein d'un même groupe. En effet, les définitions des formes de discrimination sont fondées sur les personnes privilégiées à l'intérieur de chaque groupe<sup>100</sup>.

En 2003, l'auteure Johanna E. Bond résumait pourquoi essentialiser la discrimination genrée ne permet d'étudier qu'une certaine partie des expériences vécues par les femmes :

The international human rights movement assumes, in large part, that women experience gender discrimination in the same or similar ways. The movement

---

<sup>96</sup> Comité pour l'élimination de la discrimination raciale, *Recommandation générale No 25 – La dimension sexiste de la discrimination raciale*, 56<sup>e</sup> sess, Doc NU A/55/18 (2000).

<sup>97</sup> Crooms, *supra* note 73 aux p 620-625 ; Bond, *supra* note 72 aux p 96-97 ; Crenshaw, *supra* note 94 aux p 144-146 et 151.

<sup>98</sup> Crooms, *supra* note 73 à la p 625.

<sup>99</sup> Bond, *supra* note 72 à la p 172.

<sup>100</sup> Crenshaw, *supra* note 94 à la p 140.

generalizes about women's experiences of oppression to create a common ground that presumably resonates with all women. [...] This common ground expression of oppression does not, however, account for the experience of women who suffer discrimination based on multiple systems of oppression operating simultaneously, such as racism, classism, ethnocentrism, sexism, and heterosexism<sup>101</sup>.

Le courant féministe des droits humains s'est laissé tenter par l'essentialisme par l'attrait de créer et de maintenir un mouvement féministe mondial contre le patriarcat. La reconnaissance des différences a inquiété les féministes qui la concevaient comme un obstacle au *sisterhood* visant l'égalité et la libération de l'oppression. Cela avait comme avantage de parler au nom des femmes en général et de donner de la cohérence à la théorie. Cependant, c'est ce qui a mené à la construction d'une identité féminine excluant notamment les expériences vécues par les femmes du Sud ou les femmes faisant partie de groupes minoritaires<sup>102</sup>. Pour faire face aux défis du 21<sup>e</sup> siècle, dont l'augmentation des flux migratoires et leur féminisation, il faut que le mouvement féministe des droits humains sorte de ce cadre statique. On doit reconnaître que les questions relatives aux femmes doivent être étudiées selon les particularités historiques et sociales. Ce faisant, il sera possible d'identifier les privilèges à l'intérieur d'un même groupe reproduisant le modèle patriarcal occidental<sup>103</sup>.

Higgins, en 1999, expliquait comment l'essentialisation de la discrimination genrée pouvait renforcer le patriarcat pour certaines femmes :

Much incisive and insightful criticism, particularly by feminists of color, has revealed that treating gender difference as the primary concern of

---

<sup>101</sup> Bond, *supra* note 72 à la p 80.

<sup>102</sup> Higgins, *supra* note 77 aux p 89 et 97-101; Lewis, *supra* note 70 à la p 513; Grewal et Kaplan, *supra* note 87 aux p 7 et 17.

<sup>103</sup> Darren Lenard Hutchinson, « Identity Crisis : "Intersectionality," "Multidimensionality," and the Development of an Adequate Theory of Subordination » (2000-2001) 6 Mich. J. Race & L. 285 aux p 293 et 297 ; Lewis, *supra* note 70 aux p 510-511 ; Razack, *supra* note 87 aux p 210 et 222 ; Grewal et Kaplan, *supra* note 87 à la p 17 ; Crenshaw, *supra* note 94 à la p 154.



feminism has had the effect of reinforcing gendered categories and collapsing differences among women. These critics have argued convincingly that early feminist descriptions of women's experience focused on white, middle-class, educated, heterosexual women. Consequently, the political priorities of the women's movement in the West (e. g., equal access to education and employment, abortion rights) have reflected the most urgent concerns of a relatively more powerful group of women. Moreover, even shared concerns, such as domestic violence and rape, have often been described and addressed based on the experiences of a relatively narrow group of women. Accused of essentialism, feminists who theorized a commonality among women were criticized for committing the dual sin of reinforcing patriarchal assumptions about women as a group and marginalizing some women along the lines of race, class, and sexual orientation<sup>104</sup>.

Ainsi, le régime international de protection des droits humains ne semble pas avoir su s'adapter au fait que certaines personnes, notamment les femmes migrantes, sont susceptibles de vivre une forme de discrimination particulière créée par l'intersection de différentes sources de discrimination. Alors que le régime international de protection des droits humains s'est traditionnellement focalisé sur les violations vécues par les hommes, les récentes avancées concernant les droits des femmes se sont concentrées sur une identité féminine monolithique et statique. C'est pourquoi, pour cette recherche, nous tenons à utiliser un cadre théorique féministe exposant les failles théoriques et pratiques et proposant une approche intersectionnelle.

## 1.2 Le féminisme antiessentialiste et l'intersectionnalité

Dans les 1970, certaines femmes appartenant à des groupes marginalisés ont commencé à enrichir les théories féministes des droits humains pour abandonner

---

<sup>104</sup> Higgins, *supra* note 77 aux p 98-99.

l'idée de la femme universelle. Le courant antiessentialiste a été déclenché par les femmes du Sud et les femmes noires aux États-Unis afin d'exposer le vide juridique et théorique quant aux discriminations multiples et la construction de la signification sociale des identités<sup>105</sup>. On les retrouve dans plusieurs mouvements dont que le *Black feminism thought*, le *Critical race feminism* et le féminisme postcolonial. Ces courants critiquent à la fois les mouvements antiracistes et le féminisme en raison de leur tendance à traiter les classes opprimées comme des groupes monolithiques<sup>106</sup>.

Ces féministes ont dénoncé la notion d'un patriarcat transnational et transhistorique, une expérience commune des femmes de la subordination et la compréhension statique des identités. Elles proposent de discerner la complexité des identités et la multiplicité des discriminations simultanées créant une forme d'oppression spécifique : c'est l'approche intersectionnelle<sup>107</sup>. Celle-ci<sup>108</sup> aborde deux concepts, soit l'intersectionnalité des identités et l'intersectionnalité des formes d'oppression. La première consiste à reconnaître que l'identité est fluide et composée de plusieurs facettes indivisibles dont le genre, la race, l'origine, l'orientation sexuelle, la religion, etc. On remet en question la vision traditionnelle selon laquelle

---

<sup>105</sup> Par exemple, la race est le produit d'une construction sociale réduisant les individus à une essence raciale : blanc ou autre. Voir *Bond, supra* note 72 Bond aux p 118-119.

<sup>106</sup> *Lewis, supra* note 70 aux p 511-513 ; *Razack, supra* note 87 à la p 209 ; *Higgins, supra* note 77 à la p 103 ; *Charlesworth, supra* note 65 à la p 97 ; *Hernandez-Truyol, supra* note 70 à la p 409 ; *Hutchinson, supra* note 103 à la p 307.

<sup>107</sup> *Charlesworth, supra* note 65 à la p 97 ; *Bond, supra* note 72 aux p 102-103 ; *Hutchinson, supra* note 103 à la p 308 ; Margaret L. Satterthwaite, « Crossing Borders, Claiming Rights : Using Human Rights Law to Empower Women Migrant Workers » (2005) 8 Yale Human Rights & Development L.J. 1 aux p 8-9.

<sup>108</sup> Kimberle Crenshaw est principalement créditée pour l'élaboration du concept d'intersectionnalité. Dans deux textes principaux en 1989 et 1991, elle explique comment les femmes noires sont marginalisées autant dans les mouvements anti-raciste et féministe qui sont incapables de comprendre leur situation particulière parce qu'ils demeurent perçus comme des catégories exclusives d'expérience et d'analyse. Elle utilise notamment une analogie au trafic dans laquelle elle explique que, la discrimination est comme le trafic à une intersection : elle peut venir d'une direction ou d'une autre, mais un accident peut se produire si deux voitures allant dans différentes directions entre en collision. Une femme noire, par exemple, se retrouve à l'intersection du genre et de la race et ses blessures pourront résulter de la rencontre spécifique entre ces deux aspects. Voir *Crenshaw, supra* note 94 à la p 149.

les identités sont unidimensionnelles et les expériences similaires. Cela permet d'observer comment on peut à la fois être opprimé et oppresseur en raison du fait que nos privilèges peuvent être les désavantages d'un autre individu.

L'intersectionnalité des systèmes d'oppression expose le fait que plusieurs types de discrimination peuvent se rencontrer et se renforcer pour créer une forme particulière de subordination. C'est le rejet de l'étude des structures de domination comme étant mutuellement exclusives et séparables pour reconnaître qu'elles sont reliées et simultanées. L'approche intersectionnelle remet donc en question l'idée selon laquelle il est possible d'examiner une forme de discrimination sans analyser sa relation avec d'autres systèmes d'oppression<sup>109</sup>. Par exemple, une femme noire peut vivre l'expérience du sexisme comme une femme blanche et l'expérience du racisme comme un homme noir. Cependant, elle peut également vivre le sexisme et le racisme de manière simultanée, créant une expérience spécifique en tant que femme noire<sup>110</sup>.

Razack donne un exemple concret de l'indivisibilité des aspects identitaires et des formes d'oppression :

What is a white, male colleague really thinking when he suggests to me that he has heard that women from the Caribbean are highly sexed ? Is he thinking about my race or my sex ? Further, does it matter ? It does matter

<sup>109</sup> *Hutchinson, supra* note 103 aux p 289-290 et 308 ; *Bond, supra* note 72 à la p 103 ; *Crooms, supra* note 73 à la p 623 ; *Hill Collins, supra* note 90 à la p S19 ; *Razack, supra* note 87 aux p 211-213.

<sup>110</sup> Johanna E. Bond démontre comment les femmes faisant partie d'une minorité vivent des expériences différentes dues à la rencontre des systèmes d'oppression par l'exemple de la violence : « Women experience forms of violence, such as domestic violence, in different ways depending on factors such as race, ethnicity, or sexual orientation. Similarly, racial or ethnic violence may be differently expressed based on the sex of the victim. In the context of domestic violence, for example, minority women around the world may have more difficulty accessing the legal system and may face additional challenges in attempting to escape a violent situation. Moreover, women from minority communities may have a greater fear of ostracism from their community if they involve the authorities and a legitimate fear of the authorities themselves ». Elle cite notamment un exemple d'une femme immigrante à qui la police invoque les lois migratoires restrictives alors qu'elle demande de l'assistance pour échapper à son partenaire violent. Voir *Bond, supra* note 72 aux p 110-111.

in law, as Kimberle Crenshaw, Nitya Duclos and others have demonstrated. Through an analysis of Canadian human rights cases, Duclos shows how women of colour disappear unless they can present themselves as similar to black men or white women ; neither prospect enables them to bring into focus for the law their own specific realities<sup>111</sup>.

Les différentes formes de discrimination et de violations se rencontrent à une intersection où elles se renforcent mutuellement et sont constamment en relation et donnent ainsi naissance à une forme d'oppression unique<sup>112</sup>. L'approche intersectionnelle propose d'explorer les connexions entre les oppressions<sup>113</sup> afin d'encourager le système des droits humains à adopter des mécanismes englobant les formes de subordinations simultanées<sup>114</sup>.

Au Canada, l'ancienne juge de la Cour suprême, Claire L'Heureux-Dubé, a expliqué comment plusieurs formes de discrimination pouvaient se rencontrer :

[C]ategories of discrimination may overlap, and [...] individuals may suffer historical exclusion on the basis of both race and gender, age and physical handicap, or some other combination. The situation of individuals who confront multiple grounds of disadvantage is particularly complex. Categorizing such discrimination as primarily racially oriented, or primarily gender-oriented, misconceives the reality of discrimination as it is experienced by individuals<sup>115</sup>.

Quelques années plus tard, la Commission ontarienne des droits de la personne a expliqué comme suit l'importance d'adopter une approche intersectionnelle :

---

<sup>111</sup> Razack, *supra* note 87 à la p 211.

<sup>112</sup> Bond, *supra* note 72 aux p 123-124.

<sup>113</sup> *Ibid.* Bond donne comme exemple l'étude des connexions entre la race, la classe et le genre dans la fourniture des soins de santé.

<sup>114</sup> *Ibid* ; Grewal et Kaplan, *supra* note 87 aux p 17-18.

<sup>115</sup> *Canada (A.G) v. Mossop*, [1993] S.C.R. 554, para 645-646

An intersectional approach takes into account the historical, social and political context and recognizes the unique experience of the individual based on the intersection of all relevant grounds. This approach allows the particular experience of discrimination, based on the confluence of grounds involved, to be acknowledged and remedied<sup>116</sup>.

Les expériences vécues par ces femmes n'équivalent pas à la somme des différents systèmes de domination, mais bien à leur rencontre. Il faut les considérer comme faisant partie d'une structure de domination<sup>117</sup>.

On commence à observer une reconnaissance internationale de l'intersectionnalité des oppressions et de la fluidité des identités. L'activisme des années 1990 a permis de faire la lumière sur l'incapacité du régime international de protection des droits humains des formes traditionnelles de féminisme à répondre à des problèmes majeurs. Cependant, malgré que l'indivisibilité et l'interdépendance des droits humains aient été reconnues<sup>118</sup> par le régime international de protection des droits humains, ces concepts ne sont pas encore appliqués concrètement dans ses institutions. Tel que l'expliquait Johanna E. Bond, le vide juridique créé par l'essentialisation des groupes sociaux construits est toujours présent dans la configuration internationale des droits humains<sup>119</sup> : « This understanding of intersecting oppressive forces or intersectionality requires reconceptualizing women's rights at the theoretical level and restructuring organizations and U.N. institutions at the practical level »<sup>120</sup>. Ainsi, nonobstant les progrès observés pour la défense des droits des femmes en droit international, des obstacles normatifs et structurels

---

<sup>116</sup> Commission ontarienne des droits de la personne, *An Intersectional Approach to Discrimination – Addressing Multiple Grounds in Human Rights Claims*, Policy and Education Branch, 2001 à la p 3.

<sup>117</sup> Crenshaw, *supra* note 94 à la p 140 ; Crooms, *supra* note 73 à la p 621 ; Bond, *supra* note 72 aux p 157-158 ; Razack, *supra* note 87 à la p 211.

<sup>118</sup> Bond, *supra* note 72 à la p 153: « The understanding that rights themselves are interrelated and mutually reinforcing parallels the notion that a person may be subject to human rights violations based simultaneously on various facets of her identity ».

<sup>119</sup> *Ibid* aux p 74-77 et 118-119.

<sup>120</sup> *Ibid* à la p 75.

demeurent en ce qui a trait à l'adoption d'une approche intersectionnelle par le régime international de défense des droits humains. La reconnaissance théorique de l'intersectionnalité n'a pas mené à un changement dans la pratique des organes et institutions, particulièrement au sein de l'ONU.

### 1.3 Situation particulière des femmes migrantes – pourquoi s'intéresser aux femmes immigrantes au Canada sous l'angle de l'intersectionnalité

Bien que d'abord axée sur l'expérience des femmes de couleur, il est maintenant reconnu que l'approche intersectionnelle peut être appliquée à d'autres contextes. Dans la présente section, nous verrons pourquoi elle peut être pertinente dans l'analyse de la situation vécue par les femmes immigrantes au Canada<sup>121</sup>. L'utilisation de l'approche intersectionnelle permet de tenir compte des problématiques propres à ces femmes en reconnaissant leurs multiples variables identitaires incluant le genre, la race et l'ethnicité<sup>122</sup>.

---

<sup>121</sup> En gardant à l'esprit l'approche intersectionnelle, nous ne désirons pas essentialiser les femmes immigrantes au Québec et insinuer qu'elles vivent les expériences de discrimination de façon identique en raison de leur statut d'étrangère. Plusieurs variables dont l'origine, la langue, la religion et la densité de la communauté au Québec peuvent changer les situations de chacune d'elles. Cependant, tel que l'indiquent notamment Johanna E. Bond, il n'est pas non plus avantageux d'analyser un sujet sous la loupe d'un particularisme extrême. *Bond, supra* note 72 à la p 153 ; *Charlesworth, supra* note 64 à la p 103; *Grewal et Kaplan, supra* note 87 à la p 17.

<sup>122</sup> *Satterthwaite, supra* note 107 à la p 3.

### 1.3.1 Les femmes immigrantes exposées à des situations de vulnérabilité<sup>123</sup> économique et sociale

Les femmes migrantes sont souvent exposées à des situations de vulnérabilité<sup>124</sup> qui sont fréquemment caractérisées par des conditions socioéconomiques précaires, des conditions de vie et de travail insuffisantes, des expériences de racisme, de discrimination, de violence et de dépendance<sup>125</sup>. La pluralité de leurs aspects identitaires crée une forme particulière et unique d'oppression, composant des problématiques et des besoins particuliers. Elles peuvent être marginalisées en tant que femmes par rapport aux hommes et en tant que migrantes par rapport aux non-migrants, mais aussi de manière spécifique à l'identité de femme immigrante et étrangère. Sans parler des multiples autres facettes telles que l'appartenance à une minorité visible, la langue maternelle ou la religion<sup>126</sup>.

Encore aujourd'hui, les femmes profitent rarement des mêmes opportunités quant à l'éducation, aux ressources économiques, à l'accès à la justice et à la propriété et à la participation gouvernementale que les hommes<sup>127</sup>. Bien que le Canada ait officiellement reconnu les mêmes droits aux femmes qu'aux hommes et

---

<sup>123</sup> Par vulnérabilité, ou situation de vulnérabilité, nous entendons une situation dans laquelle est positionnées un individu ou un groupe d'individu le rendant plus à risque aux violations. Il ne s'agit donc pas d'une vulnérabilité innée, mais du résultat du positionnement dans la société, des conditions sociales et des protections inadéquates. Voir Organisation internationale du travail, *Preventing Discrimination, Exploitation and Abuse of Women Migrant Workers, An Information Guide – Booklet I Introduction : Why the focus on women international migrant workers*, Gender Promotion Programme, International Labour Office, Genève (2003), à la p 67.

<sup>124</sup> Chapman, *supra* note 77 à la p 1171.

<sup>125</sup> Monica Boyd, Deanna Pikkov. « Gendering Migration, Livelihood and Entitlements: Migrant Women in Canada and the United States », Genève, The United Nations Research in Institute for Social Development (UNRISD) Occasional Paper, 2005 à la p 21.

<sup>126</sup> Organisation internationale du travail, *Preventing Discrimination, Exploitation and Abuse of Women Migrant Workers, An Information Guide – Booklet I Introduction : Why the focus on women international migrants workers*, Gender Promotion Programme, International Labour Office, Genève (2003) à la p 15.

<sup>127</sup> Boyd et Pikkov, *supra* note 125 à la p 1.

l'égalité des sexes, des inégalités persistent dans toutes les provinces<sup>128</sup>. Par ailleurs, tel que l'a affirmé l'Organisation internationale du travail (OIT), la plupart des migrants font face à une situation de vulnérabilité et de précarité : « [i]n this world of transformation, the status of migrants is precarious. In developed economies, they already constitute the least protected and more expendable segment of the labor force [...] »<sup>129</sup>.

La réalité spécifiquement vécue par les femmes immigrantes ne se limite pas à une addition de ces facteurs. Elle consiste plutôt à un ensemble complexe où les éléments s'influencent et créent une expérience et des besoins particuliers. Alors que l'on assiste à une féminisation de la migration, celle-ci est éprouvée différemment selon le sexe, tel que l'expliquait Reilly : « Women experience migration in gender-specific, racialized ways that leave them more vulnerable than male counterparts and non-migrant women [...] »<sup>130</sup>. Ces femmes sont ainsi plus sensibles à certaines barrières culturelles, sociales et économiques, aux obstacles à l'accès à l'information, aux inégalités, etc.<sup>131</sup> Plusieurs gestes et discours sont dirigés à l'égard des femmes immigrantes spécifiquement<sup>132</sup>. C'est notamment dû au fait que le corps et les activités des femmes représentent souvent le premier lieu de renforcement culturel et identitaire d'une société, particulièrement en ce qui a trait à la sexualité et au mariage<sup>133</sup>. Tous ces facteurs ont des conséquences sur l'état de santé et l'accès aux soins de santé.

---

<sup>128</sup> *Ibid* à la p VI; Jean L. Fourcory, « A Woman's Sexuality » dans Padmini Murthy et Clyde Landford Smith, dir, *Women's Global Health and Human Rights*, Sudbury, Jones and Bartlett Publishers, 2010, 556, à la p 467.

<sup>129</sup> *Organisation internationale du travail*, *supra* note 123 à la p 11.

<sup>130</sup> *Reilly*, *supra* note 74 à la p 14 ; *Satterhwaite*, *supra* note 107 à la p 23.

<sup>131</sup> *Davies, Basten et Frattini*, *supra* note 79 aux p 3-4.

<sup>132</sup> *Organisation internationale du travail*, *supra* note 123 à la p 16.

<sup>133</sup> *Reilly*, *supra* note 74 à la p 35.



### 1.3.2 Les éléments structurels au Canada désavantageant les femmes immigrantes

Le processus migratoire est généralement subi différemment par les femmes que par les hommes, et ce, en raison de plusieurs facteurs<sup>134</sup>. Les rôles familiaux traditionnels, la langue, la perte du réseau social sont autant de composants socioculturels jouant sur la façon dont l'expérience migratoire est vécue. Mais il existe aussi, au Canada, des éléments structurels pouvant influencer l'arrivée et l'intégration à la société. Vijay Agnew explique comment la migration a des effets dissemblables pour les femmes et les hommes :

The factors and conditions that impact upon health often differ for men and women in the pre-migration period and during resettlement. Applying a gender lens enables us to develop a better understanding of the determinants of health among immigrant populations in order to inform practices and policies aimed at optimizing the health and well-being of the new arrivals<sup>135</sup>.

L'expérience migratoire est distincte selon le sexe et le genre<sup>136</sup>. Le deuil du réseau familial, le choc culturel de la transformation des rôles de femme, de mère et de travailleuse sont vécus différemment<sup>137</sup>. Des éléments structurels amplifient les

<sup>134</sup> Boyd et Pikkov, *supra* note 125 à la p 1.

<sup>135</sup> Arlene S. Bierman, Farah Ahmad, et Farah N. Mawani, « Gender, Migration, and Health » dans Vijay Agnew, dir, *Racialized Migrant Women in Canada*, Toronto, Toronto University Press, 2009, 329 à la p 98.

<sup>136</sup> La différence entre le sexe et le genre est résumée par Vissandjée comme suit: « Simply put, sex refers to the biological distinctions between men and women, that is, the differences between male and female reproductive systems. Gender, on the other hand, includes not only biological distinctions, but is socially constructed by relations of power that dictate the choices and chances available to women and men, girls and boys. Attributes of masculinity and femininity are assigned through socially defined characteristics of different cultures. Whereas sex remains constant, gender is constantly evolving along with the social, political, and economic changes in any given society ». Vissandjée et al, *supra* note 45 à la p 57.

<sup>137</sup> Femmes et développement régional, *Journée de réflexion et d'échange interculturels – L'isolement des femmes immigrantes et des communautés culturelles : des causes et des solutions à partager*,

dissimilitudes du parcours migratoire même si la plupart des lois et programmes canadiens et québécois semblent être neutres. En effet, la législation se voulant objective relativement au genre a rarement des impacts neutres<sup>138</sup>. C'est le cas notamment pour les politiques d'immigration insensibles au genre qui reproduisent les inégalités entre les hommes et les femmes<sup>139</sup>. Les femmes sont plus susceptibles d'entrer au Canada comme migrantes parrainées par un autre individu, souvent un homme<sup>140</sup>. Elles sont plus nombreuses dans la catégorie des migrants dépendants alors que les hommes sont plus nombreux dans la catégorie des immigrants économiques. Les migrants secondaires ont fréquemment l'impression que leur statut d'immigration dépend de la personne qu'ils accompagnent. Ils n'apprennent pas aussi rapidement la langue et ont tendance à se fier à cette personne quant aux informations sur leur propre situation et sur le pays d'accueil<sup>141</sup>. Depuis le début des années 1990, le Canada a modifié sa politique d'immigration pour favoriser la venue des migrants hautement spécialisés et qualifiés. Ces conditions d'admission favorisant le capital humain pénalisent les femmes originaires des pays caractérisés par une forte concentration des ressources aux mains des hommes. Les modes d'entrée pour les immigrants au Canada privilégient les hommes par les critères d'admission des résidents permanents et des réfugiés. Les femmes représentent une majorité des réfugiés dans le monde et ne constituent pourtant que 30 % des réfugiés au Canada. Les critères d'acceptation des réfugiés du Canada semblent être basés sur les violations historiquement vécues par les hommes et commises directement par des agents de l'État. Également, les modes d'entrée canadiens reflètent les rôles traditionnellement genrés de mère, de fille, d'épouse et de « caregivers » et les femmes immigrantes sont souvent acceptées pour occuper des emplois typiquement

---

Conférence régionale des élus de Montréal, Relations avec les citoyens et Immigration (2004) à la p 12.

<sup>138</sup> *Organisation internationale du travail*, *supra* note 123 à la p 50.

<sup>139</sup> *Ibid* à la p 13.

<sup>140</sup> *Boyd et Pikkov*, *supra* note 125 à la p 1.

<sup>141</sup> *Organisation internationale du travail*, *supra* note 123 à la p 16.

associés à ces fonctions. Ces différences au niveau du mode d'entrée au Canada influencent l'intégration et la situation socioéconomique des immigrants. Elles ont tendance à désavantager les femmes et ont des conséquences sur l'état de santé et sur les barrières rencontrées pour accéder aux soins de santé. Par exemple, plusieurs d'entre elles doivent remplir leur rôle de mère dans le ménage pendant que le conjoint apprend la langue officielle et se trouve un emploi<sup>142</sup>.

Plusieurs femmes migrent avec l'espoir de vivre sans discrimination basée sur le genre dans leur milieu de travail. En arrivant au Canada, elles découvrent que non seulement cette forme de discrimination y est présente, mais qu'il s'y ajoute une marginalisation quant au statut d'étranger. Ce faisant, leurs options de travail sont limitées et elles se retrouvent souvent dans des situations professionnelles précaires et non équivalentes à leur éducation et leur expérience<sup>143</sup>. De façon générale, les migrantes ont un taux de non-emploi plus élevé et un salaire plus bas que les femmes non migrantes ou que les hommes migrants. Elles occupent des emplois isolés, où une relation de dépendance avec l'employeur s'installe, avec de basses rémunérations, des tâches et des horaires difficiles<sup>144</sup>. Certaines se retrouvent même dans ce que l'on appelle en anglais les *3-D jobs* (*dirty, degrading et dangerous*) et les *SALEP jobs* (*Shunned By All Nationals Except The Very Poorest*). Ainsi, les pires positions, dans les pires secteurs, sont souvent occupées par des femmes migrantes qui n'ont pas d'autre option pour subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille<sup>145</sup>. Ces emplois sont rarement protégés par les lois du travail et les mesures de sécurité n'y sont

---

<sup>142</sup> « The impact of devolving services and funding levels may have a greater impact on women because of gender differences in need. Ex : language training in Canada illustrates the potential for inequity. Compared with males, females are less likely to know English and/or French, upon arrival in Canada, thus increasing the likelihood of integration difficulties. Women who are not proficient have reduced labour force participation, higher rates of unemployment, and greater employment in production and processing occupations, in low-skilled occupations etc. ». Voir *Boyd et Pikkov, supra* note 125 à la p 27.

<sup>143</sup> *Satterthwaite, supra* note 107 aux p 36-42.

<sup>144</sup> *Organisation internationale du travail, supra* note 123 aux p 30-31.

<sup>145</sup> *Ibid* à la p 20 ; *Satterthwaite, supra* note 107 aux p 42-46.

couramment pas respectées<sup>146</sup>. Ces situations précaires ont des conséquences directes sur la santé mentale et physique de ces femmes migrantes causant, entre autres, du stress, de l'anxiété, une mauvaise estime personnelle et la dépression. Selon certaines études auprès des femmes immigrantes à Montréal, les difficultés à l'emploi sont perçues comme une expérience de racisme et de xénophobie<sup>147</sup>. Si elle est parrainée et sans emploi, une femme immigrante ne peut bénéficier de la sécurité sociale et développe une dépendance à la personne responsable<sup>148</sup>.

Ainsi, au Canada comme dans le régime international de protection des droits humains, des normes se voulant neutres à l'égard du genre sont susceptibles de ne pas permettre un exercice égal pour les femmes, notamment pour les femmes migrantes. Pourtant, ces dernières vivent des expériences spécifiques pouvant les positionner dans une situation de vulnérabilité, dont en matière de santé. En tant que femmes migrantes, elles peuvent subir des discriminations particulières générant des troubles de santé. L'utilisation de l'approche intersectionnelle pour l'étude de l'accès aux soins de santé des femmes migrantes au Canada nous semble donc pertinente afin de comprendre leur réalité et leurs besoins.

---

<sup>146</sup> *Davies, Basten et Frattini, supra* note 79 à la p 10 ; *Organisation internationale du travail, supra* note 123 à la p 15 ; *Boyd et Pikkov, supra* note 125 aux p VI, 20-27 ; *Femmes et développement régional, supra* note 136 à la p 8.

<sup>147</sup> *Côté et al, supra* note 56 à la p 34.

<sup>148</sup> *Ibid* aux p 17-20 et 34 ; *Boyd et Pikkov, supra* note 124 aux p VI, 20-27 ; *Femmes et développement régional, supra* note 137 à la p 8.

## 1.4 Méthodologie

### 1.4.1 Approche méthodologique

La méthodologie de cette recherche est influencée par les approches féministes, et plus particulièrement par le féminisme postcolonial. Nous pensons que ces approches sont pertinentes pour l'étude de l'accès au droit à la santé des femmes immigrantes au Canada. Leurs travaux se concentrent sur plusieurs phénomènes liés à la mondialisation, dont la migration et les oppressions en découlant<sup>149</sup>. Également, les approches postcoloniales permettent de comprendre qu'il existe une forme de domination dans les relations entre les hommes et les femmes et que cela se produit aussi entre les femmes<sup>150</sup>. Elles adoptent une perspective critique à l'égard de la façon dont les institutions actuelles, notamment les institutions juridiques et les lois<sup>151</sup>, ont été mises en place. Entre autres, ces approches soutiennent qu'il ne peut y avoir d'objectivité puisque ces normes et institutions sont régies par des idées et des processus provenant de constructions sociales comportant d'importants biais de genre<sup>152</sup>. Elles proposent de chercher la connaissance à partir des expériences et des différents points de vue des acteurs sociaux<sup>153</sup> à des fins émancipatrices.

---

<sup>149</sup> Anne-Marie D'Aoust, « Les approches féministes » dans Alex Macloed et Dan O'Meara, dir, *Théories des relations internationales*, Montréal, Athéna Éditions, 2010, 661 aux p 350 à 354 ; Henri Schwarz et Sangeeta Ray, *A Companion to Postcolonial Studies*, Malden, Blackwell Publishing, 2000, 624 à la p 53.

<sup>150</sup> D'Aoust, *supra* note 149 aux p 350-354 ; Schwarz et Ray, *supra* note 149 à la p 66 ; Chris Weedon, « Key Issues in Postcolonial Feminism : A Western Perspective » en ligne : (2002) Gender Forum – An Internet Journal for Gender Studies <<http://www.genderforum.org/issues/genderealizations/key-issues-in-postcolonial-feminism-a-western-perspective/>> au para 6.

<sup>151</sup> Schwarz, *supra* note 149 à la p 62.

<sup>152</sup> D'Aoust, *supra* note 149 aux p 350-354.

<sup>153</sup> Schwarz, *supra* note 149 à la p 62.

#### 1.4.2 Positionnement comme chercheure

Ma propre position, définie par le contexte social dans lequel j'ai évolué, ne me permet pas de comprendre toutes les implications de la subjectivité des femmes immigrantes au Canada, notamment celles issues du Sud<sup>154</sup>. Je ne suis pas une migrante et ne peux donc prétendre connaître les traumatismes causés par l'expérience migratoire. Je ne peux prétendre comprendre toutes les complexités et subtilités de la position des femmes réfugiées et demandeuses d'asile. En reconnaissant ma position, je reconnais également l'existence de rapports de pouvoirs et de mes avantages au sein de la société canadienne. Cependant, je crois qu'il est tout de même possible de s'inspirer de l'approche du féminisme postcolonial et d'intégrer ses principes afin de faire cette recherche. Cela favorise le développement d'une sensibilité par rapport aux expériences vécues par les femmes immigrantes et réfugiées au Canada.

Dans une recherche où j'étudie une catégorie sociale à laquelle je n'appartiens pas, je dois prendre des précautions. Je dois tenir compte de l'importance de ne pas « exotiser » ou vulnérabiliser la femme migrante par rapport à sa culture, et de ne pas juger certaines pratiques et croyances traditionnelles et culturelles<sup>155</sup>. Ce type d'étude aurait pour effet d'encourager une dynamique binaire essentialiste<sup>156</sup>. Ensuite, il est important de reconnaître comment ma propre position dans le contexte social actuel fait partie d'une conjoncture historique dans laquelle le développement des privilèges des uns a participé aux désavantages des autres<sup>157</sup>.

<sup>154</sup> Weedon, *supra* note 150 au para 7.

<sup>155</sup> Schwarz, *supra* note 149 à la p 56 ; Weedon, *supra* note 150 au para 8.

<sup>156</sup> Lewis, *supra* note 70 à la p 516-517 ; Coomaraswamy, *supra* note 87 à la p 484.

<sup>157</sup> Higgins, *supra* note 77 à la p 122.

### 1.4.3 Outils méthodologiques

Ce mémoire est basé sur la recherche documentaire. Nous utilisons plusieurs types de documents. Pour le premier chapitre, nous nous concentrons d'abord sur la doctrine relative au féminisme et à l'approche intersectionnelle, notamment celle portant sur le régime international de protection des droits humains. Pour le second chapitre, nous utilisons des textes traitant du régime international de protection des droits humains axés sur la santé, les femmes et les immigrants. Également, nous étudions les instruments conventionnels et non-conventionnels, internationaux et régionaux, relatifs au droit à la santé, aux droits des femmes et aux droits des migrants et des réfugiés. À l'aide de la doctrine, nous analysons les dispositions de ces outils, leurs limites et leur apport dans le développement du droit des femmes migrantes à la santé. Pour le troisième chapitre, nous regardons des lois et des programmes afin de les étudier à l'aide de textes de doctrine. Nous nous concentrons sur les documents touchant la santé des femmes immigrantes, soit les lois relatives à la santé, à l'immigration et à la non-discrimination.

## 2. LE TRAITEMENT DU DROIT À LA SANTÉ DES FEMMES MIGRANTES PAR LE DROIT INTERNATIONAL

Dans le chapitre précédent, nous avons abordé le fait que le droit à la santé des femmes migrantes n'est pas l'objet direct d'une disposition de droit international. Il existe toutefois une série d'instruments encadrant ce droit pour ces femmes. La lecture de ces outils permet de comprendre quelles sont les obligations du Canada à l'égard de cette population en matière de santé. Le droit à la santé des femmes migrantes trouve écho principalement dans le développement des normes relatives au droit à la santé, aux droits des femmes et à l'interdiction de discrimination.

Dans ce chapitre, nous étudions les normes de droit international permettant de définir le droit à la santé des femmes migrantes. Dans la section 2.1, nous faisons un portrait de l'évolution des outils permettant d'encadrer le droit à la santé des femmes migrantes. Nous analysons des instruments garantissant les droits humains et les dispositions pouvant protéger le droit à la santé pour ces femmes. Nous nous attardons sur les outils concernant le droit à la santé, les droits des femmes, la non-discrimination et les droits des migrants et des réfugiés. Après cette partie plus descriptive, nous analysons ce qu'implique le droit à la santé des femmes migrantes en matière d'obligations pour le Canada 2.2. Nous nous basons principalement sur l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels<sup>158</sup>, mais aussi sur les droits des femmes et l'obligation plus générale d'égalité et de non-discrimination.

---

<sup>158</sup> *PIDESC*, *supra* note 63.



## 2.1 Les initiatives de droit international encadrant le droit à la santé des femmes migrantes

Puisque le régime international de protection des droits humains est fragmenté selon divers thèmes, le sujet est décliné en plusieurs sous-sections pour finalement comprendre quelles sont les obligations du Canada en la matière engendrées par ses engagements internationaux.

### 2.1.1 Le droit à la santé

Le droit à la santé a été pour la première fois établi en tant que droit humain dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 1946<sup>159</sup> comme étant un « état de complet bien-être physique, mental et social et ne consist[ant] pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »<sup>160</sup>. En 1948, l'Assemblée générale des Nations Unies (AGNU) adoptait la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH)<sup>161</sup>. Selon son article 25(1), il y a deux éléments essentiels au droit à la santé : le droit à un niveau de vie adéquat permettant de se procurer les besoins de base et l'existence d'un tissu social de services pour les personnes ne pouvant se les procurer<sup>162</sup>.

---

<sup>159</sup> Organisation mondiale de la santé, *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*, Conférence internationale de la santé, New York (1946). Depuis, l'OMS semble réticente à aborder la santé comme un droit et met l'emphasis sur des éléments médicaux plus techniques.

<sup>160</sup> *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*, *supra* note 159 au préambule.

<sup>161</sup> Pamela Goldberg, « Women, Health and Human Rights » (1997) 9 *Pace Int'l L. Rev.* 271, à la p 272.

<sup>162</sup> Steven D. Jamar, « The International Human Right to Health » (1994-1995) 22 *S.U. L. Rev.* 1 à la p 21. Bien que non conventionnelle, certains articles de la DUDH ont aujourd'hui force contraignante en vertu du droit international coutumier. Voir *Goldberg*, *supra* note 161 à la p 275.

Ces deux instruments ont défini le droit à la santé comme un droit fondamental, mais les obligations en découlant demeuraient floues. Vingt ans plus tard, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC)<sup>163</sup> était adopté. L'article 12(1) a posé les assises du droit à la santé en affirmant que « [l]es États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'elle soit capable d'atteindre »<sup>164</sup>. Le PIDESC a positionné la santé de façon définitive au sein des droits humains et au sein de la conception du bien-être général des individus<sup>165</sup>. L'article 12 « est la pierre angulaire de la protection du droit à la santé dans la législation internationale : le Pacte introduit des dispositions juridiquement contraignantes applicables à toutes les personnes dans les 146 États qui l'ont ratifié »<sup>166</sup>.

Des organisations régionales garantissent également le droit à la santé. Selon la Charte sociale européenne<sup>167</sup> « [t]oute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre »<sup>168</sup>. Les États s'engagent à prendre des mesures visant l'éducation et l'information de la population en matière de santé et l'élimination des causes d'une mauvaise santé<sup>169</sup>.

---

<sup>163</sup> PIDESC, *supra* note 63.

<sup>164</sup> *Ibid* à l'article 12(1).

<sup>165</sup> Goldberg, *supra* note 161 à la p 275.

<sup>166</sup> Commission des droits de l'homme, *Le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint – Rapport du Rapporteur spécial, Paul Hunt, soumis conformément à la résolution 3003/31 de la Commission*, 59<sup>e</sup> sess, Doc NU E/CN.4/2003/58, (2003) à la p 6.

<sup>167</sup> Charte sociale européenne (révisée), 3 mai 1996, STCE no 163.

<sup>168</sup> *Ibid* à l'article 11.

<sup>169</sup> *Ibid*.

Également en Europe, la Cour européenne des droits de l'homme a abordé le thème de la santé dans le cas *Opuz c. Turquie*<sup>170</sup>. Elle y a répondu au débat dans lequel la protection de la santé et la protection de la vie privée s'opposent en cas de violence domestique. Selon la Cour, la reconnaissance de la souffrance que les femmes peuvent vivre à travers la violence genrée est nécessaire au principe d'égalité du droit à la santé. La Cour a conclu que la Turquie était coupable de violations et de manquement à l'égard de ses obligations de protéger les victimes de violence familiale. La Convention européenne ne contient pas de disposition garantissant expressément le droit à la santé. La Cour l'a abordé par l'entremise d'autres droits tels que le droit à la vie et la non-discrimination basée sur le genre. Selon la Cour, l'État avait l'obligation de considérer les blessures de la victime et la menace continuelle sur sa santé en tant que facteurs à considérer dans la réponse de l'État quant à la punition de l'agresseur :

while *Opuz* does not directly create an explicit right to health in the context of gendered violence, it does give life to such a concept by articulating a clear standard of positive state intervention. It also rejects any absolutist position on mandatory intervention by requiring a case-by-case analysis that accounts for a victim's health as part of an overall assessment as to whether privacy concerns must yield to the state's obligations to equally and affirmatively protect the lives of its citizens from private violence. [...] *Opuz* provides a far clearer articulation of a right to health in the context of gendered violence than any case to date<sup>171</sup>.

Finalement, bien que membre de l'Organisation des États américains (OÉA), le Canada n'a pas ratifié la Convention américaine relative aux droits de l'homme<sup>172</sup>,

---

<sup>170</sup> *Opuz c. Turquie*, n°33401/02, [2009] III CEDH. Une femme et sa mère se sont plaintes aux autorités quant à la violence du mari de la première, mais aucun résultat n'en s'est suivi. Éventuellement, l'homme a tué la mère de son épouse et a été accusé de meurtre, mais sa sentence a été diminuée puisque la mère l'aurait provoqué en encourageant sa fille à vivre une vie immorale. Il aurait tiré sur elle dans le but de défendre son honneur et ses enfants.

<sup>171</sup> *Hanna*, *supra* note 20 aux p 25-26.

<sup>172</sup> *Convention américaine des droits de l'homme*, 22 novembre 1969, AG OÉA, Série des traités no 36.

son Protocol additionnel et la Convention Belém Do Pará. La Convention américaine garantit une série de droits civils et politiques et mentionne brièvement la réalisation progressive des DESC<sup>173</sup>. Son Protocol additionnel<sup>174</sup> pallie cette faible protection des DESC. L'article 10 garantit le droit à la santé comme étant le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique, mentale et sociale<sup>175</sup>. La Convention Belém Do Pará<sup>176</sup> souligne les enjeux et les droits reliés à la violence faite aux femmes. Elle ne contient pas de disposition exclusive au droit à la santé, mais reconnaît que la violence à l'égard des femmes constitue une violation de leurs droits, notamment le droit à la santé. Le Canada est toutefois lié par la Déclaration américaine des droits et devoirs de l'homme<sup>177</sup> en vertu de laquelle une pétition peut être faite à la Commission interaméricaine des droits de l'homme. Selon la Déclaration,

[t]oute personne a droit à ce que sa santé soit préservée par des mesures sanitaires et sociales, en ce qui concerne l'alimentation, l'habillement, le logement et les soins médicaux, qui seront établies proportionnellement aux ressources publiques et à celles de la communauté<sup>178</sup>.

En 2008, la Commission interaméricaine a analysé cet article pour le cas de Andrea Mortlock, une femme jamaïcaine atteinte du VIH/SIDA et menacée de déportation des États-Unis vers son pays d'origine<sup>179</sup>. La Commission a conclu à la non-violation de l'article XI de la Déclaration puisque les États-Unis ne lui refusaient

---

<sup>173</sup> *Ibid* à l'article 26.

<sup>174</sup> *Protocole additionnel à la Convention américaine des droits de l'homme*, 17 novembre 1988, AG OÉA Série des traités no 69 [*Protocole San Salvador*].

<sup>175</sup> *Ibid* à l'article 10.

<sup>176</sup> *Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre la femme*, 9 juin 1944, AG OÉA [*Convention Belém Do Para*].

<sup>177</sup> *Déclaration américaine des droits et devoirs de l'homme*, 1948, Neuvième Conférence Internationale Américaine, OÉA.

<sup>178</sup> *Ibid* à l'article 11.

<sup>179</sup> *Andrea Mortlock c United States* (2008), Inter-Am Comm HR, No 63/08, *Annual Report of the Inter-American Commission on Human Rights: 2008*.

pas l'accès aux soins de santé<sup>180</sup>. Cependant, elle a affirmé que le système de santé jamaïcain était déficient et que les personnes souffrant du VIH/SIDA en Jamaïque étaient victimes de discrimination. Le renvoi de la plaignante violerait donc certains de ses droits et constituerait une sentence *de facto* à des souffrances prolongées et une mort prématurée<sup>181</sup>. Ce jugement est intéressant pour le droit à la santé des migrants puisqu'on y a conclu qu'expulser une personne avec des problèmes médicaux dans un pays où le système de soins de santé est déficient porte atteinte à ses droits.

Les instruments conventionnels sont nécessaires puisqu'ils engagent la responsabilité des États. Cependant, ils manquent parfois de précision dans la définition des droits et des obligations. C'est pourquoi certains outils non conventionnels se montrent d'une grande utilité<sup>182</sup>. En effet, « [l]es actes du *soft law* peuvent imprimer un regain de vigueur à l'activité normative internationale en prolongeant ou élargissant son champ d'application en amont comme en aval »<sup>183</sup>. C'est le cas pour le droit à la santé, pour lequel des outils non contraignants, tels que des observations générales ou les documents fournis par des Rapporteurs spéciaux, ont permis l'évolution de sa définition et des obligations en découlant<sup>184</sup>.

---

<sup>180</sup> *Ibid* au para 95.

<sup>181</sup> *Ibid* aux para 93-94.

<sup>182</sup> Ces outils ont une force contraignante non uniforme. Certains ne sont que de simples recommandations alors que d'autres semblent être de véritables actes juridiques. « Même si cela ne les dote pas d'un caractère authentiquement contraignant, cette nature ne leur enlève rien de leur influence de fait. Bien au contraire, l'autorité qui s'attache à la qualité de ceux qui les ont énoncés leur assure un impact au moins aussi réel que celui qui découlerait d'engagements juridiques ». Voir Filipa Chatzistavrou, « L'usage du *soft law* dans le système juridique international et ses implications sémantiques et pratiques sur la notion de règle de droit » en ligne : (2005) 15 Le Portique <<http://leportique.revues.org/591#tocto1n3>> au para 24.

<sup>183</sup> *Ibid* au para 26.

<sup>184</sup> Hilary Hammell, « Is the Right to Health a Necessary Precondition for Gender Equality » (2011) 35 N.Y.U. Rev. L. & Soc. Change 131 à la p 135.

Par exemple, en 2000, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels adoptait l'Observation générale no 14 du Comité des DESC (OG 14)<sup>185</sup>, portant sur l'article 12 du PIDESC. Cet instrument est un tournant dans l'évolution du droit à la santé

en ce qu'elle expose pour la première fois une conception de fond du droit à la santé pouvant être mise en œuvre et améliorée à la lumière de l'expérience pratique. Cette observation générale fait du droit à la santé [...] davantage qu'une formule<sup>186</sup>.

Également, le mandat du Rapporteur spécial sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint a été créé en 2002 par la Commission des droits de l'homme des Nations Unies. Ses rapports tendent à « rendre le droit à la santé plus spécifique, accessible, pratique et opérationnel ». Ils ont permis de se concentrer sur des thèmes précis du droit à la santé tels que l'accès aux médicaments, l'accès au droit à la santé du point de vue de certains groupes et son exercice pour les individus vivant dans la pauvreté<sup>187</sup>. Ils ont permis de cerner certains problèmes spécifiques aux femmes, dont la mortalité maternelle qui « n'est pas seulement une question de santé, mais aussi une question de droits fondamentaux. Ce fléau évitable constitue une violation du droit des femmes à la vie, à la santé, à l'égalité et à la non-discrimination »<sup>188</sup>. Selon le rapporteur spécial, l'égalité entre les hommes et les femmes à l'égard du droit à la santé est une obligation immédiate et les États ne peuvent utiliser le manque de ressources pour en justifier une jouissance inégale<sup>189</sup>.

---

<sup>185</sup> Nous verrons plus loin comment l'OG 14 traite de la non-discrimination en matière de santé et des femmes et en quoi elle a permis de définir les obligations des États en matière de santé.

<sup>186</sup> *Hunt, supra* note 58 à la p 5.

<sup>187</sup> *Hunt, supra* note 58 à la p 8.

<sup>188</sup> *Hunt, supra* note 58 à la p 11.

<sup>189</sup> *Hunt, supra* note 58 à la p 17.

### 2.1.2 Le droit à la santé des femmes

Presque tous les instruments mentionnés ci-haut contiennent une disposition concernant l'égalité entre les sexes quant à la jouissance des droits qu'ils protègent, dont le droit à la santé<sup>190</sup>. Ces dispositions d'égalité ne suffisent cependant pas à comprendre l'intégralité de la santé des femmes. C'est plus particulièrement dans le champ des droits des femmes que des avancées ont été réalisées afin de mieux appréhender la santé des femmes sous un angle sexospécifique. Dans les prochains paragraphes, nous étudierons comment les progrès des droits des femmes a permis une meilleure compréhension de leur droit à la santé. Nous verrons notamment à quel point la lutte contre la violence faite à l'égard des femmes et son rôle dans les relations subordonnées entre les sexes est importante dans l'évolution de ce droit.

#### La Convention internationale pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) (1979 – 1981)

La Convention internationale pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes<sup>191</sup> définit le concept de discrimination entre les hommes et les femmes<sup>192</sup> et établit un programme d'action nationale pour permettre la pleine jouissance des droits et des libertés<sup>193</sup>. L'article premier de la Convention définit la discrimination à l'égard des femmes comme étant

---

<sup>190</sup> Par exemples, l'article 3 du PIDESC et le préambule de la DUDH.

<sup>191</sup> CEDEF, *supra* note 92.

<sup>192</sup> *Ibid* à l'article 1.

<sup>193</sup> *Ibid* aux articles 2 à 16 ; *Reilly, supra* note 74 aux p 59-60 ; *Davies, Basten et Frattini, supra* note 79 aux p 4-5 ; *Chapman, supra* note 77 aux p 1157-1158 ; *Sullivan, supra* note 77 à la p 372 ; *Dempsey et Mason Meier, supra* note 77 aux p 83-91 ; *Upadhyay et Murthy, supra* note 23 aux p 237-238 ; Marijke De Pauw, « Women's rights : from bad to worse ? Assessing the evolution of incompatible reservations to the CEDAW Convention » (2013) 29 *Merkourios* 51, aux p 57-58.

toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le sexe qui a pour effet ou pour but de compromettre ou de détruire la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice par les femmes, quel que soit leur état matrimonial, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, des droits de l'homme et des libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social, culturel et civil ou dans tout autre domaine<sup>194</sup>.

La CEDEF prévoit l'obligation des États d'inclure l'égalité *de jure* et *de facto* entre les hommes et les femmes dans leur constitution nationale et leur législation, d'abolir les dispositions qui y sont contraires et de punir les actes discriminatoires dans le public et le privé.<sup>195</sup> Elle reconnaît l'impact de la culture sur la condition des femmes et encourage la modification des modèles assignant des rôles stéréotypés genrés<sup>196</sup>.

Le droit à la santé fait l'objet de l'article 12 de la CEDEF :

1. Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille.

2. Nonobstant les dispositions du paragraphe 1 ci-dessus, les États parties fournissent aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement.<sup>197</sup>

Ces dispositions reconnaissent qu'un accès inégal aux soins de santé est une discrimination qui doit être éliminée par les États parties. On ne crée pas un nouveau droit, mais on affirme l'importance de prendre en compte les spécificités biologiques

<sup>194</sup> CEDEF, *supra* note 92 à l'article 2.

<sup>195</sup> *Ibid* aux articles 2 et 3.

<sup>196</sup> *Ibid* aux articles 2-3 et 5.

<sup>197</sup> *Ibid* à l'article 12.



et socio-économiques des femmes afin de permettre un accès égal au droit à la santé. Comme l'indique Pamela Goldberg :

The language of the Women's Convention frames the issue in such a way that non-discrimination is articulated as encompassing not only equality in the provision of health care services, but, also, equality in training, opportunity and delivery of health services<sup>198</sup>.

La CEDEF est un des textes les plus importants pour l'évolution des droits des femmes et du droit à la santé des femmes, mais elle a des faiblesses. Notamment, elle met l'emphase sur la santé de la femme dans son rôle familial. Certains auteurs, dont Reilly Ann Dempsey et Benjamin Mason Meier, considèrent que son contenu est stéréotypé puisqu'il renvoie de façon limitée à la santé intégrale des femmes en se concentrant davantage sur les services de planification familiale et la maternité. Par exemple, le texte de la Convention fait référence à la nutrition seulement durant la grossesse et l'allaitement<sup>199</sup> ».

Également, même si le préambule de la CEDEF reconnaît diverses formes d'oppression, son corpus normatif tend à considérer les femmes comme un bloc homogène. Par ailleurs, la CEDEF offre des notions d'égalité selon les standards qui sont appliqués aux hommes et manque de perception sexospécifique. Selon Hilary Charlesworth, « the underlying assumption of its definition of discrimination is that women and men are the same »<sup>200</sup>. Cette vision de l'inégalité ne permet pas de prendre en compte l'intersection des multiples formes de discriminations et prévenir les violations expérimentées par certaines femmes.

---

<sup>198</sup> Goldberg, *supra* note 161 à la p 274.

<sup>199</sup> Dempsey et Mason Meier, *supra* note 77 à la p 87.

<sup>200</sup> Charlesworth, Chinkin et Wright, *supra* note 65 à la p 631.

Aussi, la CEDEF est soumise à un mécanisme de mise en œuvre beaucoup plus faible que d'autres conventions. Par exemple, aucun autre traité onusien ne contient autant de réserves que cette Convention. Plusieurs de ces réserves sont incompatibles avec l'objet fondamental du traité. Johanna E. Bond résume les limites de la CEDEF :

CEDAW is not a panacea; in addition to weak enforcement mechanisms, it lacks certain critical substantive human rights such as the right to be free from violence and the right to be free from discrimination based on sexual orientation. Despite these shortcomings, however, CEDAW gave voice to the notion that « women's rights are human rights »<sup>201</sup>.

Enfin, la CEDEF semble limiter le droit à la santé des femmes à leur fonction sexuelle et reproductrice. La liberté du corps des femmes y est définie dans le contexte étroit des choix sexuels et reproductifs, alors que la santé des femmes va au-delà de la période de reproduction. On tend à oublier d'autres troubles de santé vécus par les femmes tels que des maladies chroniques et des conditions de santé mentale<sup>202</sup>.

Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes analysé plus en profondeur le droit à la santé, tel que garanti par l'article 12 de la CEDEF, dans la Recommandation générale 24<sup>203</sup>. Le Comité y définit certaines obligations des États notamment en matière de politiques, de mesures et de recherches sur les droits en matière de sexualité et les rapports de force inégaux fondés sur le genre<sup>204</sup>. Dans cette recommandation, le Comité indique qu'un système de santé est acceptable « lorsqu'on s'assure que la femme donne son consentement en connaissance de cause,

---

<sup>201</sup> Bond, *supra* note 72 à la p 85.

<sup>202</sup> Allan Rosenfield, Caroline Min et Joshua Bardfield, « Global Women's Health and Human Rights » dans Padmini Murthy et Clyde Landford Smith, dir, *Women's Global Health and Human Rights*, Sudbury, Jones and Bartlett Publishers, 2010, 556, à la p 4.

<sup>203</sup> Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Recommandation générale No 24*, 20<sup>e</sup> sess, Doc NU A/54/38 (1999).

<sup>204</sup> *Ibid* aux paras 18 et 20.

que l'on respecte sa dignité, que l'on garantit la confidentialité et que l'on tient compte de ses besoins et de ses perspectives »<sup>205</sup>. Selon le Comité, il existe des différences d'une femme à l'autre en matière de santé, dues à certains facteurs socioéconomiques<sup>206</sup>. Ce faisant, il est nécessaire d'accorder une attention particulière aux besoins des femmes appartenant à des groupes en situation de vulnérabilité, dont les femmes migrantes<sup>207</sup>.

Depuis 1999, la CEDEF est dotée d'un Protocole facultatif<sup>208</sup>. Il prévoit deux mécanismes de surveillance pour la mise en œuvre des droits protégés dans la Convention. D'abord, une procédure de communication donnant aux individus et aux groupes le droit de déposer des plaintes au Comité. Puis, une procédure permettant au Comité d'initier des enquêtes lors d'abus sérieux ou systématiques des droits des femmes<sup>209</sup>. Le Comité a depuis reçu et enregistré plusieurs communications<sup>210</sup>. Ainsi, depuis l'adoption du protocole, une femme provenant d'un pays ayant ratifié le Protocole peut déposer une communication lorsqu'il y a violation de ses droits protégés dans la Convention<sup>211</sup>. Par exemple, en 2012, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a rendu une décision<sup>212</sup> portant notamment sur le droit à la santé. En 2004, en Bulgarie, une jeune fille de 7 ans a été victime d'un viol commis par un homme adulte. Cet événement a provoqué chez l'enfant un

---

<sup>205</sup> *Ibid* au para 22.

<sup>206</sup> *Ibid* au para 6.

<sup>207</sup> *Ibid*.

<sup>208</sup> *Protocole facultatif à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*, 6 octobre 1999, 2131 RTNU 83. Ratifié par le Canada le 18 octobre 2002.

<sup>209</sup> *Ibid* ; Davies, Basten et Frattini, *supra* note 79 à la p 15 ; Reilly, *supra* note 74 à la p 64.

<sup>210</sup> Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Moyens d'accélérer les travaux du Comité pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes*, Doc NU CEDAW/C/2007/I/4/Add.1 (2007) à la p 10.

<sup>211</sup> Il y a déjà eu quelques plaintes en vertu de plusieurs articles incluant l'article 12 de la CEDEF.

Voir, par exemples, *Communication n° 31/2011 (Bulgarie)*, Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, 53<sup>e</sup> sess, CEDAW/C/53/D/31/2011 (2011) ; *Communication n° 26/2010 (Canada)*, Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, 50<sup>e</sup> sess, CEDAW/C/50/D/26/2010 (2010).

<sup>212</sup> *Communication n° 31/2011 (Bulgarie)*, *supra* note 211.

retard mental ainsi qu'un trouble affectif maniaque<sup>213</sup>. La mère de la victime a affirmé que l'État bulgare a violé les droits de sa fille, notamment le droit à la santé protégé par l'article 12 de la Convention<sup>214</sup>. En rappelant la gravité de la violence faite aux femmes et les effets néfastes qu'elle peut avoir sur leur santé, le Comité a rappelé la responsabilité des États dans la promulgation des lois, des politiques, des protocoles médicaux et des procédures hospitalières afin de combattre la violence faite aux femmes et aux filles. Par exemple, l'État doit s'assurer que les services médicaux sont appropriés et que le personnel médical est formé à l'égard des patientes victimes de violence et d'agression<sup>215</sup>. Le Comité a conclu à la violation de l'article 12 de la Convention<sup>216</sup>.

Cette décision est d'ailleurs en accord avec la Recommandation générale 19 du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. Selon le ce dernier, la violence fondée sur le sexe est susceptible de violer plusieurs dispositions de la CEDEF en rendant nulle la jouissance de certains droits, dont le droit au plus haut niveau possible de santé physique et mentale<sup>217</sup>.

### La violence à l'égard des femmes

Des instruments ont permis d'insérer la violence à l'égard des femmes parmi les violations des droits humains au sein du régime international de protection des droits humains, notamment en prenant en compte les effets sur la santé. Par exemple, la Déclaration de Vienne de l'ONU<sup>218</sup> appelle à l'élimination de la violence à l'égard des femmes dans la vie publique et privée. Selon celle-ci, « [l]es droit fondamentaux

---

<sup>213</sup> *Ibid* au para 2.

<sup>214</sup> *Ibid* au para 1.

<sup>215</sup> *Communication n° 31/2011 (Bulgarie)*, *supra* note 211 au para 9.10.

<sup>216</sup> *Communication n° 31/2011 (Bulgarie)*, *supra* note 211 au para 9.10.

<sup>217</sup> *Goldberg*, *supra* note 161 à la p 274 ; Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Recommandation générale No 19*, 11<sup>e</sup> sess, Doc NU A/47/38 (1992) au para 7.

<sup>218</sup> *Déclaration et Programme d'action de Vienne*, Rés AG 48/121, Doc off AG NU, Doc NU A/CONF.157/23 (1993).

des femmes et des fillettes font inaliénablement, intégralement et indissociablement partie des droits universels de la personne » et l'élimination de la division public-privé est essentielle à cette reconnaissance<sup>219</sup>. Une section de la Déclaration est consacrée à l'importance du droit au meilleur état de santé mentale et physique possible pour l'épanouissement et l'autonomisation des femmes. Celle-ci affirme que le « droit de la femme à des soins de santé accessibles et suffisants et à la gamme la plus large possible de services de planification familiale, ainsi qu'à l'égalité d'accès à l'éducation à tous les niveaux »<sup>220</sup> fait partie intégrante des droits humains. Tel qu'on l'y affirme, la violence fondée sur le sexe et la reproduction constitue une question de droits humains et un outil d'oppression<sup>221</sup>.

Cependant, la Déclaration de Vienne a aussi ses limites puisqu'elle s'inscrit en continuité avec la tendance du droit international à marginaliser les questions relatives aux femmes en les abordant de manière isolée. De plus, on n'y reconnaît pas directement de concept de l'intersectionnalité des différentes formes d'oppressions<sup>222</sup>.

La Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes<sup>223</sup> est le premier instrument international à proposer une définition du concept de la violence faite aux femmes. La Déclaration prévoit que la responsabilité de l'État peut être engagée lorsqu'il y a violence domestique ou commise dans toute autre circonstance

---

<sup>219</sup> *Ibid* au para 18 ; *Goldberg, supra* note 161 à la p 279 ; *Reilly, supra* note 74 aux p 73 et 80 ; *Mertus et Goldberg, supra* note 78 aux p 201-2016 ; Aart Hendriks, « The Right to Health – Promotion and Protection of Women's Right to Sexual and Reproductive Health Under International Law : The Economic Covenant and the Women's Convention » (1994-1995) 44 Am. U. L. Rev. 1123 à la p 1140 ; Jutta Joachim, « Framing Issues and Seizing Opportunities : The UN, NGOs, and Women's Rights » (2003) 47 International Studies Quarterly 247 à la p 247 ; *Dempsey et Mason Meier, supra* note 77 à la p 88.

<sup>220</sup> *Déclaration de Vienne, supra* note 218 au para 41.

<sup>221</sup> Le travail des coalitions et des défenseurs des droits des femmes a été très important pour dénoncer la violence à l'égard des femmes lors de la Conférence à Vienne et d'autres événements ont aidé à l'emphasis mise sur ce phénomène dont les viols largement publicisés en Ex-Yougoslavie.

<sup>222</sup> *Mertus et Goldberg, supra* note 78 aux p 204 et 211-216.

<sup>223</sup> *Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, supra* note 16.

de nature considérée auparavant comme privée<sup>224</sup>. Par ailleurs, selon le préambule, les femmes faisant partie de groupes marginalisés, dont les femmes migrantes, sont en position de plus grande vulnérabilité face à la violence. Tel que l'indique l'article 3, les femmes devraient avoir un accès égal aux droits fondamentaux et on nomme expressément le droit à la santé. Cette disposition reconnaît le fait que la violence faite à l'égard des femmes est directement liée à leur santé physique et mentale<sup>225</sup>.

### Les considérations sexospécifiques sur la santé sexuelle et reproductive des femmes

La Conférence et le Programme d'action du Caire de 1994<sup>226</sup> ont placé les droits reproductifs et la santé des femmes au centre de la gestion de la croissance de la population mondiale<sup>227</sup>. Cet événement a marqué un changement de paradigme en ce qui a trait au droit à la santé des femmes. La santé reproductive y a été définie de façon large incluant la planification familiale, la prévention du VIH, la santé maternelle et la santé sexuelle. L'autonomisation des femmes a été reconnue pour la première fois comme un but essentiel au développement et à l'éradication de la pauvreté. Le programme élargit le concept des droits reproductifs<sup>228</sup> en y intégrant tout ce qui entoure la grossesse, les violences contre les femmes et les cancers du système reproductif<sup>229</sup>.

---

<sup>224</sup> Reilly, *supra* note 74 aux p 80-81.

<sup>225</sup> *Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes*, *supra* note 16.

<sup>226</sup> Conférence internationale sur la population et le développement, *Le Programme d'action*, Le Caire, Organisation des Nations unies (1994).

<sup>227</sup> Plutôt que de se concentrer sur des objectifs démographiques.

<sup>228</sup> Qui semblent jusque là restreints au libre choix du nombre et du contexte des grossesses.

<sup>229</sup> Shaw, *supra* note 19 à la p 208 ; Joachim, *supra* note 219 à la p 247 ; Reilly, *supra* note 74 aux p 85-86 ; Dempsey et Mason Meier, *supra* note 77 aux p 83-91.

Un an plus tard, la Déclaration de Beijing<sup>230</sup> affirmait que les femmes ont le droit de jouir du plus haut standard de santé physique et mentale possible d'être atteint. Ce droit est essentiel à leur bien-être et leur participation à toutes les sphères de la vie publique et privée. Le droit à la santé et les autres droits humains sont tous interconnectés et la santé dépend de plusieurs facteurs de la vie quotidienne des femmes, dont le contexte social, politique et économique. Selon la Déclaration de Beijing, les femmes doivent avoir le contrôle sur leur sexualité et ce qui en découle. Le principal obstacle à la réalisation du droit à la santé des femmes est l'inégalité qui se produit non seulement entre les hommes et les femmes, mais aussi parmi les femmes. Cette reconnaissance des différences de traitement entre les femmes est une notion très importante pour toutes les femmes faisant partie de groupes minoritaires ou marginalisés, dont les femmes migrantes<sup>231</sup>.

### 2.1.3 Le droit à la santé des femmes migrantes

La majorité des instruments susmentionnés interdisent expressément la discrimination basée sur différents motifs, dont ceux touchant plus particulièrement les migrants tels que la race, la langue, la religion, l'origine nationale et le statut de migrant<sup>232</sup>.

Par exemple, l'Observation générale 14 du Comité des DESC proscrit la discrimination en ce qui a trait au droit à la santé dans les termes suivants :

---

<sup>230</sup> *Déclaration et Programme d'action de Beijing*, Rés AG 50/203, Doc off AG NU, Doc NU A/CONF.177/20 (1995).

<sup>231</sup> *Hammell*, *supra* note 184 à la p 138 ; *Goldberg*, *supra* note 161 à la p 277 ; *Reilly*, *supra* note 74 aux p 88-89.

<sup>232</sup> Par exemple, l'article 2 du PIDESC.

[L]e Pacte proscrit toute discrimination dans l'accès aux soins de santé et aux éléments déterminants de la santé ainsi qu'aux moyens et titres permettant de se les procurer, qu'elle soit fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance, un handicap physique ou mental, l'état de santé (y compris l'infection par le VIH/sida), l'orientation sexuelle, la situation civile, politique, sociale ou autre, dans l'intention ou avec pour effet de contrarier ou de rendre impossible l'exercice sur un pied d'égalité du droit à la santé<sup>233</sup>.

Selon le Comité des DESC, la non-discrimination ne se limite pas à l'adoption de lois neutres. Les États doivent aussi tenir compte des groupes dans des positions plus vulnérables, dont les femmes. Pour ces groupes, un traitement différentiel peut être nécessaire en ce sens que les États devraient élaborer des mesures pour que le réseau social réponde à leurs besoins particuliers, qu'ils aient un accès égal et puissent jouir pleinement du droit à la santé<sup>234</sup>.

Les instruments vus jusqu'à présent peuvent être complétés par des outils se référant aux migrants, au racisme et aux groupes en situation de vulnérabilité. La Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leurs familles<sup>235</sup> (CTM) garantit une protection explicite et étendue aux travailleurs migrants. Selon ce traité, les standards de santé et de sécurité doivent être les mêmes pour les migrants que pour les non-migrants. On y identifie le droit à la santé pour les migrants<sup>236</sup> : le droit à un traitement égal et un accès aux services sociaux et de santé pour les travailleurs migrants en situation régulière et les

---

<sup>233</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observation générale No 14*, 22<sup>e</sup> sess, Doc NU E/C.12/2000/4 (2000), au para 18.

<sup>234</sup> *Ibid* aux paras 18-27 ; Hammell, *supra* note 184 aux p 138-139.

<sup>235</sup> *Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille*, 18 décembre 1990, 2220 RTNU 3.

<sup>236</sup> *Ibid* aux articles 25, 28, 43(e) et 70.



traitements d'urgence médicale pour tous les travailleurs migrants peu importe le statut d'immigration et le pays d'origine<sup>237</sup>.

Toutefois, cette Convention présente des faiblesses. Aucun des principaux pays « receveurs » de migrants, dont le Canada, ne l'a ratifiée<sup>238</sup>. Par ailleurs, aucune disposition ne reconnaît que l'expérience de la migration peut être vécue différemment selon le genre. C'est entre autres pour ces raisons que l'on conseille de ne pas se limiter à la CTM quand on parle des droits des femmes migrantes et de faire attention à la compartimentation traditionnelle des droits humains et des traités à sujet unique. Il est plus intéressant d'adopter une approche intersectionnelle en utilisant différents traités pour promouvoir l'autonomisation des femmes migrantes<sup>239</sup>.

La Convention de 1951 relative au statut de réfugié<sup>240</sup> ne contient pas de norme portant directement sur le droit à la santé. Cependant, les États parties doivent appliquer ses dispositions sans discrimination à l'égard de la race, de la religion ou du pays d'origine<sup>241</sup>. Les réfugiés doivent avoir accès au même traitement que les nationaux en ce qui concerne la sécurité sociale<sup>242</sup>. Celle-ci comprend « les dispositions légales relatives aux accidents du travail, aux maladies professionnelles, à la maternité, à la maladie, à l'invalidité, à la vieillesse et au décès »<sup>243</sup>.

Certains instruments reconnaissent que les discriminations raciales ou les discriminations relatives au statut d'étranger sont vécues différemment selon le genre. Selon le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, il ne

---

<sup>237</sup> *Ibid* à l'article 28.

<sup>238</sup> *Davies, Basten et Frattini, supra* note 79 aux p 14-15 ; *Satterthwaite, supra* note 107 à la p 2.

<sup>239</sup> *Satterthwaite, supra* note 107 à la p 2.

<sup>240</sup> *Convention relative au statut des réfugiés*, 18 juillet 1951, 189 RTNU 137.

<sup>241</sup> *Ibid* à l'article 3.

<sup>242</sup> *Ibid* à l'article 24.

<sup>243</sup> *Ibid* à l'article 24 1(b).

faut pas se limiter aux dissemblances vécues entre les hommes et les femmes dans l'accès aux soins de santé. En effet,

il existe aussi des facteurs sociétaux qui influent sur la santé des hommes et des femmes et dont les effets peuvent varier d'une femme à l'autre. C'est pourquoi il faut accorder une attention particulière aux besoins et aux droits en matière de santé des femmes qui appartiennent aux groupes vulnérables et défavorisés, tels que les migrantes, les réfugiées et les déplacées [...] <sup>244</sup>.

Selon la Recommandation générale 25 du Comité pour l'élimination de la discrimination raciale <sup>245</sup>, la discrimination raciale n'affecte pas de la même façon les hommes et les femmes et certaines actions racistes peuvent se diriger spécifiquement envers les femmes <sup>246</sup>. Également, en vertu de la résolution 2002/52 du Comité des droits de l'homme, certains groupes de femmes, dont les femmes migrantes, sont souvent visés par la violence et le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance se manifestent différemment pour les femmes et les filles <sup>247</sup>.

## 2.2 Obligations des États pour le droit à la santé des femmes immigrantes

Maintenant que nous avons fait un survol des outils du régime international et des régimes régionaux de protection des droits humains encadrant le droit à la santé pour les femmes migrantes, nous allons étudier ce que cela implique comme obligations pour le Canada. En accord avec l'approche intersectionnelle et avec les instruments que nous venons d'étudier, l'analyse qui suit est faite à travers différents outils.

<sup>244</sup> *Recommandation générale 24*, *supra* note 203 au para 6.

<sup>245</sup> *Recommandation générale 25*, *supra* note 96.

<sup>246</sup> *Ibid* au para 3.

<sup>247</sup> Commission des droits de l'homme, *Résolution de la Commission des droits de l'homme 2002/52 – L'élimination de la violence contre les femmes*, Doc NU E/CN.4/RES/2002/52 (2002).

Les instruments internationaux ont permis de définir le droit de jouir du meilleur état de santé possible d'être atteint de façon positive faisant partie du bien-être général des individus. Il ne s'agit pas de garantir à toute la population l'absence de maladie ou le droit d'être traité pour toutes les raisons médicales<sup>248</sup>. Le droit à la santé est reconnu comme un droit global composé de plusieurs types d'obligations.

Premièrement, le droit à la santé est constitué du droit aux « prestations de soins de santé appropriés en temps opportun »<sup>249</sup>. En vertu de ce droit, les individus ont le droit de recevoir des soins de santé de qualité. Deuxièmement, il contient une perspective axée sur la prévention : le droit aux « déterminants fondamentaux de la santé ». Il s'agit d'une pluralité de facteurs socioéconomiques caractérisant les conditions dans lesquelles les individus peuvent mener une vie saine<sup>250</sup>. L'État doit fournir une diversité d'installations et de services établissant un système où tous sont habilités à accéder aux « conditions nécessaires à la réalisation du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint »<sup>251</sup>.

Le droit à la santé comprend également des libertés, notamment la liberté de chaque individu de contrôler son corps, la liberté sexuelle et le droit de ne pas être soumis sans son consentement à un traitement médical<sup>252</sup>. L'État doit donc s'assurer que ses lois ne briment pas ces libertés et que ses agents et les individus non étatiques ne limitent ces libertés importantes pour la santé physique et mentale pour certains groupes et individus. Le mariage forcé pourrait être un exemple de situation où des

<sup>248</sup> Courtland W. Robinson, « The Right to Health and Basic Services » (2010) 41 Stud. Transnat'l Legal Pol'y 207, à la p 207 ; Hammell, *supra* note 184 à la p133 ; *Observation générale 14*, *supra* note 233 au para 9 ; Jamar, *supra* note 162 au p 8-9.

<sup>249</sup> Hunt, *supra* note 166 au para 8.

<sup>250</sup> Robinson, *supra* note 248 à la p 207 ; *Observation générale 14*, *supra* note 233 au para 4. Il s'agit généralement de permettre à la population un accès à l'eau potable et salubre, l'accès à l'alimentation, l'hygiène du travail et du milieu, l'accès au logement, l'accès à l'éducation et à l'information relative à la santé, dont la santé sexuelle et génésique.

<sup>251</sup> *Observation générale 14*, *supra* note 233 au para 9 ; Jamar, *supra* note 162 à la p 21.

<sup>252</sup> *Observation générale 14*, *supra* note 233 au para 8 ; Hunt, *supra* note 166 à la p 23.

individus se voient brimés des libertés reconnues par le droit à la santé tel que le droit d'avoir des relations sexuelles consentantes.

Le droit à la santé garantit autant la santé physique que la santé mentale. Dans un de ses rapports, le Rapporteur spécial des Nations Unies (NU) sur le droit à la santé, Paul Hunt, a traité de la marginalisation vécue par les individus éprouvant des troubles mentaux<sup>253</sup>. Selon ce dernier, les maladies mentales touchent de façon disproportionnée les personnes pauvres et les groupes marginalisés et les États sous-estiment leurs obligations à cet égard en vertu du droit à la santé. Cela s'observe notamment dans les dépenses des États et les budgets alloués à la santé mentale<sup>254</sup>.

Le droit à la santé est caractérisé par son interdépendance avec d'autres droits humains qui sont nécessaires au bien-être général et à la réalisation du droit de chacun de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint :

In raising these discrepancies as a barrier to full health and well-being, the Beijing Platform recognizes that health is not a single-issue right, but is integral to fully protecting human rights across the board. In order to achieve the « highest attainable standard of health », all forms of discrepancy and unequal treatment must be overcome and all basic rights and freedoms must be protected. The Beijing Platform asserts, as do many of the earlier renditions of the right to health, that health is a part of collective human rights, integrally related and each must be fully protected of they are to have individual meaning<sup>255</sup>.

---

<sup>253</sup> Hunt, *supra* note 166 au para 90.

<sup>254</sup> *Ibid* aux paras 90 à 93.

<sup>255</sup> Goldberg, *supra* note 161 à la p 277.

Le droit à la santé est une partie intégrante de la réalisation des droits de l'homme pour le bien-être général des individus, des communautés et des populations : « Without health, other rights have little meaning »<sup>256</sup>. Le droit à la santé est donc un droit très large comprenant beaucoup plus que la fourniture des soins de santé. Plusieurs conditions doivent d'abord permettre aux personnes de vivre dans un milieu leur permettant d'accéder aux éléments nécessaires à une bonne santé : « Health can only flourish as soon as a number of basic conditions has been met. Such conditions include access to clean drinking water, adequate housing, unpolluted air, access to education, safe and healthy work environments and good nutrition »<sup>257</sup>.

Les principaux instruments abordés précédemment ont presque tous été ratifiés par le Canada<sup>258</sup>. Il a donc l'obligation de respecter, protéger, mettre en œuvre et faciliter<sup>259</sup> de façon progressive et selon les ressources disponibles le libre et plein exercice du droit à la santé sans discrimination.

### 2.2.1 Réalisation progressive et obligations immédiates

Tel qu'indiqué dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels<sup>260</sup>, la réalisation des droits qui y sont protégés demande des efforts en vue d'assurer progressivement le plein exercice des droits contenus dans le

---

<sup>256</sup> *Jamar, supra* note 162 à la p 2.

<sup>257</sup> Aart Hendriks, « The Right to Health » (1994) 1 Eur. J. Health L. 187 à la p 192.

<sup>258</sup> À l'exception de la Convention protégeant les droits des travailleurs migrants et des membres de leur famille. Le Canada est lié aux dispositions de la DUDH, du PIDESC, de la CEDEF et de son protocole additionnel, de la Convention pour l'élimination de toutes les formes de discriminations raciales et de la Déclaration américaine des droits et devoirs de l'homme.

<sup>259</sup> *Observation générale 14, supra* note 233 aux para 34-37.

<sup>260</sup> *PIDESC, supra* note 63 à l'article 2.

pacte, au maximum des ressources disponibles et par tous les moyens appropriés. Selon le Paul Hunt, la réalisation progressive est une obligation permanente d'avancer aussi rapidement et efficacement que les ressources le permettent vers le plein exercice du droit à la santé<sup>261</sup>.

Malgré que l'on exige une réalisation générale progressive des droits économiques, sociaux et culturels, il existe certaines obligations spécifiques immédiates<sup>262</sup>. Selon le Comité pour les droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU<sup>263</sup> : « [...] les États parties ont l'obligation fondamentale minimum d'assurer, au moins, la satisfaction de l'essentiel de chacun des droits énoncés dans le Pacte, notamment les soins de santé primaires essentiels »<sup>264</sup>. Par exemple, l'accès la aux médicaments essentiels, une répartition équitable des installations, la mise en œuvre d'une stratégie et d'un plan d'action au niveau national en matière de santé publique et des soins génésiques et maternels et l'éducation<sup>265</sup> font partie des obligations immédiates à l'égard du droit à la santé.

La non-discrimination et l'égalité, l'obligation de prendre des mesures délibérées concrètes et ciblées<sup>266</sup>, d'œuvrer aussi rapidement et efficacement que possible avec bonne foi et de ne pas adopter de mesure rétrograde<sup>267</sup> font aussi parties des obligations minimales. Les lois, programmes et politiques ne doivent pas être expressément discriminatoires ou avoir des effets discriminatoires indirects. Des mesures doivent être prises pour éliminer les préjugés perpétuant la notion

---

<sup>261</sup> Hunt, *supra* note 166 en général ; Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observation générale No 3*, 5<sup>e</sup> sess, Doc NU HRI/GEN/1/Rev.7 (1990) au para 3.

<sup>262</sup> Ou avec effet immédiat.

<sup>263</sup> *Observation générale 3*, *supra* note 261 en général ; *Observation générale 14*, *supra* note 233 en général.

<sup>264</sup> *Observation générale 14*, *supra* note 233 au para 43.

<sup>265</sup> *Ibid* aux paras 43-44.

<sup>266</sup> Hunt, *supra* note 166 à la p 9.

<sup>267</sup> *Observation générale 14*, *supra* note 233 aux paras 30-33.

d'infériorité et mettant en danger la santé des femmes<sup>268</sup>. La non-discrimination en matière de santé ne se limite pas à l'adoption de lois et de programmes neutres. En effet, pour garantir un accès égal au droit à la santé pour tous, notamment pour les individus exposés à des situations de vulnérabilité, dont les femmes immigrantes, les États doivent prendre des mesures tenant compte de leurs besoins spécifiques.

Le Comité pour les droits économiques, sociaux et culturels a expliqué comment la réalisation progressive ne signifie pas qu'il n'y a pas d'obligation effective :

[En effet], elle doit être interprétée à la lumière de l'objectif global, et à vrai dire de la raison d'être du Pacte, qui est de fixer aux États parties des obligations claires en ce qui concerne le plein exercice des droits en question. Ainsi, cette clause impose l'obligation d'œuvrer aussi rapidement et aussi efficacement que possible pour atteindre ce but. En outre, toute mesure délibérément régressive dans ce domaine doit impérativement être examinée avec le plus grand soin, et pleinement justifiée par référence à la totalité des droits sur lesquels porte le Pacte, et ce en faisant usage de toutes les ressources disponibles<sup>269</sup>.

Le Canada et le Québec ne peuvent donc pas utiliser des considérations internes si les droits économiques, sociaux et culturels peuvent y être assurés. L'État a l'obligation d'adopter des mesures immédiates visant la réalisation de ces droits tels que protégés par le PIDESC<sup>270</sup>.

---

<sup>268</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observation générale No 16*, 34<sup>e</sup> sess, Doc NU E/C.12/2005/4 (2005).

<sup>269</sup> *Observation générale 3*, *supra* note 261 au para 9.

<sup>270</sup> Pierre Bosset, « Les droits économiques et sociaux : parents pauvres de la Charte? », dans Pierre Bosset, dir, *Après 25 ans : La Charte québécoise des droits et libertés (volume 2, Études)*, Montréal, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse à la p 242.

## 2.2.2 Respecter, protéger et mettre en œuvre

Le droit à la santé impose trois types d'obligations juridiques. Premièrement, l'État doit respecter le droit à la santé : s'abstenir de commettre tout acte ou omission constituant une violation, et ce, sans discrimination à l'égard de qui que ce soit, qu'il s'agisse de personnes issues de minorités, de demandeurs d'asile ou d'immigrants. L'obligation de respecter les droits des femmes immigrantes implique de s'abstenir de faire obstacle aux actions engagées par celles-ci afin d'atteindre le meilleur état de santé possible<sup>271</sup>.

Deuxièmement, l'État doit garantir le droit à la santé en et aux déterminants fondamentaux. Il doit protéger les femmes des violations se produisant dans la sphère privée<sup>272</sup>. L'État a l'obligation positive de prévenir les crimes, de compenser les victimes et de punir les agresseurs non étatiques<sup>273</sup>. Il doit s'assurer de veiller à ce que le droit à la santé de sa population soit respecté en prenant des mesures visant à protéger les groupes en situation de marginalisation, dont certaines femmes vivant des expériences de violence. Il doit développer des politiques, des législations, des plans sanitaires basés sur des recherches fiables relatives au contexte national et local. Ces politiques doivent prendre en compte les caractéristiques biologiques, les facteurs socio-économiques, les facteurs psychosociaux spécifiques et les effets négatifs que les mesures peuvent avoir sur les femmes et les groupes en situation de marginalisation<sup>274</sup>.

---

<sup>271</sup> *Observation générale 14, supra* note 233 au para 34.

<sup>272</sup> *CEDEF, supra* note 92 à l'article 1 ; *Hendriks, supra* note 219 aux p 1140-1141.

<sup>273</sup> *Reilly, supra* note 74 aux p 81-82 ; *Sullivan, supra* note 77 à la p 391.

<sup>274</sup> *Recommandation générale 24, supra* note 203 aux paras 9 et 12 ; *Observation générale 14, supra* note 233 au para 35.



Troisièmement, l'État doit mettre en œuvre le droit à la santé. Il doit se doter d'une politique nationale et lui donner effet, par la fourniture de soins, d'infrastructures de santé publique, en assurant les soins de santé sexuelle et reproductive, par des campagnes d'information et d'éducation. Il s'agit de faire une place au droit à la santé dans le système politique et juridique national<sup>275</sup>. L'État doit promouvoir et faciliter l'exercice du droit à la santé par la recherche, en diffusant les informations et en s'adaptant au contexte culturel et aux groupes marginalisés<sup>276</sup>. Encore une fois, ces programmes ne doivent pas se contenter d'être neutres, mais doivent tenir compte des spécificités des groupes en situation de vulnérabilité. Selon le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, l'État doit protéger la santé des femmes en affectant les ressources nécessaires à leur protection compte tenu des besoins spécifiques<sup>277</sup>. Il doit éliminer les facteurs restreignant leur accès aux soins de santé et aux déterminants fondamentaux. Il doit superviser la fourniture des soins de santé afin de veiller à ce que des soins de même qualité soient dispensés et qu'ils respectent les droits de tous. Finalement, l'État doit s'assurer que la formation du personnel soignant est adéquate et sensible aux questions spécifiques aux groupes vulnérables, dont les femmes migrantes<sup>278</sup>.

### 2.2.3 Disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité

Selon le Comité pour les droits économiques, sociaux et culturels, les États doivent s'assurer que les installations et les services de santé remplissent quatre

---

<sup>275</sup> *Observation générale 14, supra* note 233 aux paras 34-36.

<sup>276</sup> *Ibid* au para 37 ; *Recommandation générale 24, supra* note 203 aux paras 13-17 ; *Hendriks, supra* note 219 aux p 1135-1138 ; *Davies, Basten et Frattini, supra* note 79 aux p 8-10.

<sup>277</sup> Par exemple, il faut tenir compte des questions relatives à la santé des femmes telle que les violences faites aux femmes.

<sup>278</sup> *Recommandation générale 24, supra* note 203 aux paras 29-31 ; *Observation générale 16, supra* note 268 aux paras 5-8 ; *Résolution 2002/52, supra* note 247 en général.

caractéristiques interdépendantes : la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité<sup>279</sup>. Pour assurer la disponibilité, les États doivent disposer d'une quantité suffisante d'installations, de biens, de services et de programmes fonctionnels dans les milieux urbains et ruraux. Les individus doivent avoir accès aux installations et services leur permettant de se procurer les déterminants fondamentaux la santé dont un logement et l'alimentation<sup>280</sup>.

L'accessibilité comporte, quant à elle, quatre dimensions : la non-discrimination<sup>281</sup>, l'accessibilité physique,<sup>282</sup> l'accessibilité économique<sup>283</sup> et l'accessibilité de l'information<sup>284</sup>.

L'acceptabilité est le respect de l'éthique médicale et des installations, biens et services appropriés au niveau culturel et le respect de la confidentialité tout en visant l'amélioration de l'état de santé. L'acceptabilité peut avoir des conséquences sur l'état de santé des individus. En effet, comme l'indiquait Robinson, « [t]he extent to which health services respect culture, ethnicity, gender, age, and individual preferences can have significant impacts not only on health care utilization and

---

<sup>279</sup> *Observation générale 14, supra* note 233 au para 12 ; *Hunt, supra* note 166 au para 34.

<sup>280</sup> *Observation générale 14, supra* note 233 au para 12a).

<sup>281</sup> « [L]es installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles à tous, en particulier aux groupes de populations les plus vulnérables ou marginalisés, conformément à la loi et dans les faits, sans discrimination fondée sur l'un quelconque des motifs proscrits ». *Observation générale 14, supra* note 233 au para 12 b) i).

<sup>282</sup> Les installations, les services de santé et les installations relatives aux déterminants fondamentaux doivent être accessibles, sans danger pour tous les groupes de la population, dans les zones urbaines et rurales et pour les personnes en situation de handicap. *Ibid* au para 12 b) ii).

<sup>283</sup> On dit aussi l'abordabilité. Les installations, les biens et les services en matière de santé doivent avoir un coût abordable pour tous. Les coûts doivent être établis sur la base de l'équité. C'est-à-dire qu'aucun groupe de la population, notamment les personnes en situation de pauvreté, ne doivent être défavorisés et frappés de façon disproportionnée par les coûts en matière de santé. *Ibid* au para 12 b) iii).

<sup>284</sup> L'accessibilité de l'information est le droit de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées en matière de santé. Cela doit toutefois respecter le principe de confidentialité. *Ibid* au para 12 b) iv).

health-seeking behavior but on health outcomes as well »<sup>285</sup>. L'acceptabilité comporte un volet de respect culturel selon lequel les installations, les biens et les services de santé doivent être appropriés sur le plan culturel des minorités et des communautés. Ils doivent également être réceptifs aux besoins spécifiques liés au sexe<sup>286</sup>. Ce principe est donc intéressant pour le droit à la santé des femmes migrantes, notamment en rapport avec la formation des fournisseurs des soins de santé et les différences de perception de la santé.

Finalement, le principe de qualité exige que les installations, les biens et les services en matière de santé soient scientifiquement et culturellement appropriés et de bonne qualité : du personnel médical qualifié, des médicaments et du matériel approuvés et non périmés, etc.<sup>287</sup>.

#### 2.2.4 Les principes d'égalité et de non-discrimination et le droit à la santé des femmes migrantes au Canada

Le lien entre discrimination et respect des droits a souvent été réitéré par des instances juridiques. Plusieurs traités internationaux ont une close relative à la non-discrimination qui s'applique à toutes les dispositions du document. Par exemple, dans l'affaire *Nadège Dorzema v Republican Republic*, la Cour interaméricaine des droits de l'homme explique que

The Court has established that Article 1(1) of the Convention is a general norm the content of which extends to all the provisions of the treaty,

---

<sup>285</sup> Robinson, *supra* note 248 à la p 219.

<sup>286</sup> Observation générale 14, *supra* note 233 14 au para 12 c).

<sup>287</sup> *Ibid* au para 12 d).

because it establishes the obligation of the States Parties to respect and ensure the full and free exercise of the rights and freedoms recognized therein “without any discrimination.” In other words, whatever the origin or the form it takes, any conduct that could be considered discriminatory with regard to the exercise of any of the rights guaranteed in the Convention is per se incompatible with it.<sup>288</sup>

Il est donc aujourd’hui évident que le régime international de protection des droits humains ne permet aucun traitement distinctif entre les hommes et les femmes pouvant mener à un exercice inégal du droit à la santé. Cependant, on peut se questionner sur les obligations de non-discrimination envers les migrants. En effet, nous devons savoir si le principe de souveraineté territoriale peut être utilisé par le Canada pour limiter la jouissance du droit à la santé aux migrants et s’il peut se doter de lois, politiques ou autres mesures adoptant un traitement différentiel à l’égard de cette catégorie de la population.

À cet effet, la documentation de la Cour interaméricaine des droits de l’homme est intéressante. Selon celle-ci, la non-discrimination signifie qu’un État ne peut adopter une différence de traitement à l’égard d’un groupe qui l’empêcherait de jouir pleinement d’un ou de plusieurs de ses droits fondamentaux de la même façon que les autres personnes sous sa juridiction<sup>289</sup>. Cette interdiction de non-discrimination est garantie dans la majorité des traités protégeant les droits humains et se rapporte à tous les droits garantis par ces traités<sup>290</sup>.

---

<sup>288</sup> *Nadege Dorzema et al (République dominicaine)* (2012), Inter-Am Ct HR (Sér C) n° 251.

<sup>289</sup> *Proposed Amendments to the Naturalization Provision of the Constitution of Costa Rica* (1984) Avis consultatif OC-4/84, Inter-Am Ct HR (Sér A) n° 4, au para 55-56. Il n’est possible d’accorder un traitement distinct que si la justification est raisonnable, objective et proportionnelle à son but et que le traitement distinct ne limite pas la jouissance des droits fondamentaux des personnes visées.

<sup>290</sup> *Ibid* au para 53.

Selon la Cour interaméricaine, les principes d'égalité et de non-discrimination sont des principes de *jus cogens* et *erga omnes*<sup>291</sup>. Cela signifie que tous les États, peu importe les normes de droit international auxquelles ils ont adhéré, se doivent de respecter et de garantir ces principes, et ce, à l'égard de tous. Selon la Cour, cela signifie que les États ne peuvent discriminer en vertu du statut migratoire des personnes sous leur juridiction<sup>292</sup>. Cela est dû au fait que toute personne possède des attributs inhérents à sa dignité humaine inséparable de ses droits fondamentaux<sup>293</sup>. De ce fait, les États doivent respecter et assurer les droits humains de tous les individus qui se trouvent sur leur territoire et sous leur juridiction sans discrimination entre les citoyens et les étrangers<sup>294</sup>, notamment le droit à la santé tel que défini dans les différents instruments décrits précédemment<sup>295</sup>.

Selon la Cour interaméricaine, le cas des migrants est particulier en ce sens que, étant donné les difficultés du parcours migratoire, ces derniers sont souvent positionnés dans une situation de vulnérabilité dans la société d'accueil. Cette situation mène généralement à des différences dans leur accès aux ressources publiques administrées par l'État<sup>296</sup>. Ainsi, dans le cas des migrants, l'obligation d'égalité et de non-discrimination ne se limite pas à l'adoption de lois neutres et à l'élimination des lois à effet discriminatoire<sup>297</sup>. Tout d'abord, les lois, mesures et politiques migratoires doivent prendre en compte le respect de tous les droits humains des migrants, dont le droit à la santé<sup>298</sup>. Puis, en ce qui a trait au droit à la santé, tel qu'indiqué par la Cour interaméricaine dans sa décision *Nadège Dorzema v*

---

<sup>291</sup> *Juridical Condition and Rights of Undocumented Migrants* (2003) Avis consultative OC-18/03, Inter-Am Ct HR (Sér A) n°18, aux paras 101 et 109-110.

<sup>292</sup> *Ibid* au para 109.

<sup>293</sup> *Ibid* au para 73.

<sup>294</sup> *Ibid* au para 94.

<sup>295</sup> *Ibid* au para 85.

<sup>296</sup> *Ibid* au para 112.

<sup>297</sup> *Ibid* aux paras 77-78.

<sup>298</sup> *Ibid* au para 168.

*Dominican Republic*<sup>299</sup>, l'État devrait fournir des soins de santé complets aux migrants et considérer les besoins particuliers des groupes placés en situation de vulnérabilité<sup>300</sup> :

[t]he general obligation to respect and ensure rights gives rise to special obligations, which can be determined based on the particular needs for protection of the subject of law, because of his personal condition or because of the specific situation in which he finds himself<sup>301</sup>.

Par ailleurs, selon la Cour, les femmes devraient toujours avoir accès à une protection spéciale lorsqu'elles sont enceintes, indépendamment du statut migratoire<sup>302</sup>.

D'ailleurs, dans l'affaire *Nadège Dorzema v Dominican Republic*, aborde la question des traitements distinctifs dont les objectifs sont raisonnables et proportionnels à l'égard des migrants et la question des discriminations indirectes. Elle rappelle d'abord qu'il est permis à un État de fournir un traitement différent aux migrants s'il peut prouver qu'il s'agit d'une différenciation basée sur un objectif raisonnable et proportionnel qui ne brime pas leurs droits humains. Cependant, la Cour rappelle que les pratiques délibérément discriminatoires tout comme celles qui n'ont pas d'intentions discriminatoires mais qui mènent à une discrimination à l'égard d'une catégorie d'individus, sont interdites<sup>303</sup>. Enfin, elle considère qu'il y a violation du droit à l'égalité et à la non-discrimination lorsqu'une situation a un impact particulier sur un groupe en situation de vulnérabilité :

---

<sup>299</sup> *Nadège Dorzema et al (République dominicaine)*, *supra* note 288.

<sup>300</sup> *Ibid* au para 108.

<sup>301</sup> *Ibid* au para 152.

<sup>302</sup> *Ibid* au para 110.

<sup>303</sup> *Ibid* aux paras 233-234

The Court considers that a violation of the right to equality and non-discrimination also occurs in situations and cases of indirect discrimination reflected in the disproportionate impact of norms, actions, policies or other measures that, even when their formulation is or appears to be neutral, or their scope is general and undifferentiated, have negative effects on certain vulnerable groups.

This concept of indirect discrimination has also been recognized, among other bodies, by the European Court of Human Rights, which has established that, when a general policy or measure has a disproportionately prejudicial effect on a particular group it may be considered discriminatory even if it was not specifically directed at this group.<sup>304</sup>

Ainsi, le statut migratoire d'une personne ne devrait jamais servir de justification pour le priver du plein exercice de ses droits humains<sup>305</sup>. Le Canada, ayant ratifié la majorité des instruments décrits précédemment, a accepté de se soumettre à ses obligations de respecter et de garantir les droits humains des personnes sous sa juridiction, et ce, sans discrimination. Il doit donc agir de bonne foi à l'égard de ses engagements et ajuster sa législation interne<sup>306</sup> de façon à ne pas discriminer le droit à la santé des migrants. Le principe de la souveraineté territoriale ne permet pas aux États de ne pas appliquer également aux étrangers les droits humains<sup>307</sup>.

En somme, aucun instrument ne prévoit expressément de garantie relative à l'exercice du droit à la santé des femmes migrantes. Il est cependant compris dans les obligations abordées précédemment. Pour que le système de santé soit égalitaire, il ne suffit pas d'adopter des lois, des règlements et des programmes qui s'appliquent uniformément à tous et qui paraissent neutres. Ce genre de législation et de pratique fait plutôt en sorte que s'installent des inégalités puisqu'on ne tient pas compte des

---

<sup>304</sup> *Ibid* aux paras 235-236

<sup>305</sup> *OC-18/2003, supra* note 291 au para 134.

<sup>306</sup> *Ibid* au para 74.

<sup>307</sup> *Ibid* en général.

différences existantes. Les femmes migrantes, pour des raisons biologiques (des troubles de santé qui leur sont spécifiques à cause du parcours migratoire), socioéconomiques (les différents contextes auxquels elles sont exposées : chômage, méconnaissance du système légal et administratif, etc.) et culturelles (perceptions différentes de certains problèmes de santé, méconnaissance de la langue du pays d'accueil, etc.), ont des besoins spécifiques à leur situation en matière de soins de santé. Pour remplir adéquatement ses obligations d'égalité en matière du droit à la santé, le Canada doit adopter des mesures tenant compte des différences des minorités afin d'éliminer un accès inégal au droit au meilleur état de santé physique et mental possible d'être atteint. Ainsi, en ce qui a trait aux femmes migrantes, en plus de prendre en compte les besoins en santé spécifiques aux femmes, il est important de tenir compte du fait qu'elles vivent l'expérience de la migration et de l'intégration de façon particulière et que cela aura un impact différent sur leur état de santé. D'où l'importance d'adopter une approche sexospécifique qui permette d'apprécier que la santé des hommes et des femmes dépend de facteurs biologiques et de facteurs socioculturels. Parmi ces facteurs, les États doivent considérer la famille, le mariage, l'emploi, la sexualité et la procréation, la santé maternelle, la violence familiale, l'éducation et l'information. Les femmes et les migrants sont des catégories sociales pour qui l'accès aux soins de santé représente plus d'obstacles. Ceci est à prendre en compte et il faut porter une attention particulière à ce groupe souvent marginalisé<sup>308</sup>.

Nous pouvons donc conclure que le Canada doit respecter, protéger et mettre en œuvre le droit à la santé des femmes migrantes. Elles doivent jouir du plein et libre exercice du droit à la santé, c'est-à-dire du « droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint »<sup>309</sup>. En tant que groupe minoritaire et situé dans une

<sup>308</sup> *Davies, Basten et Frattini, supra* note 79 à la p 4.

<sup>309</sup> *Observation générale 14, supra* note 233 au para 1.



position de marginalisation, le Canada doit s'assurer qu'elles sont en mesure d'avoir accès aux installations, aux biens et aux services en matière de santé. Elles doivent y avoir un accès équivalent que les autres membres de la population. Les lois et programmes relatifs à la santé et l'immigration doivent respecter les besoins spécifiques des groupes en position de vulnérabilité. L'État doit prendre en compte la discrimination spécifique pouvant être vécue par certains, dont les femmes immigrantes<sup>310</sup>. Ainsi, selon Melik Özden :

le Pacte impose clairement à chaque État le devoir de prendre toutes dispositions nécessaires pour faire en sorte que chaque individu ait accès aux équipements, aux biens et aux services de santé et puisse jouir dans les meilleurs délais du meilleur état de santé physique et mentale qu'il puisse atteindre. D'où la nécessité d'adopter à l'échelle nationale une stratégie visant à assurer à tous l'exercice du droit à la santé, les objectifs de ladite stratégie étant définis à partir des principes relatifs aux droits de l'homme, et la nécessité en outre de définir des politiques ainsi que des indicateurs et des critères permettant de mesurer l'exercice du droit à la santé<sup>311</sup>.

Dans le chapitre suivant, le chapitre 3, nous analyserons les législations canadiennes et québécoises afin de comprendre si elles sont conformes aux obligations de l'État en matière de droit à la santé des femmes migrantes.

---

<sup>310</sup> *Observation générale 14, supra* note 233 aux paras 18-19 ; *Observation générale 16, supra* note 268 au para 3.

<sup>311</sup> Melik Özden, « Le droit à la santé : Un droit humain fondamental stipulé par l'ONU et reconnu par des traités régionaux et de nombreuses constitutions nationales », Une collection du Programme Droits Humains du Centre Europe – Tiers Monde (CETIM), Genève, 2006 à la p 54.

### 3. LE DROIT À LA SANTÉ DES FEMMES MIGRANTES AU QUÉBEC

Il est aujourd'hui évident que les principes d'égalité et de non-discrimination entre les hommes et les femmes sont garantis dans les lois canadiennes et québécoises<sup>312</sup> et que les mesures relatives à la santé doivent leur permettre un accès égal aux soins de santé. La question n'est donc pas de savoir si le Canada adopte des lois ou autres mesures discriminant les femmes migrantes par rapport aux hommes migrants. Par contre, la Charte canadienne et la Charte québécoise ne garantissent pas expressément la non-discrimination fondée sur le statut migratoire. Il s'agit donc plutôt de savoir si la législation permet au gouvernement d'adopter des mesures qui seraient discriminatoires par rapport aux migrants, ou certains migrants, et qui auraient des conséquences et un fardeau particuliers sur les femmes. Ainsi, ce chapitre analyse les lois canadiennes et québécoises pour savoir si elles permettent directement ou indirectement l'adoption d'un traitement distinct envers les migrants en ce qui a trait à l'accès aux soins de santé.

Des facteurs spécifiques affectent d'une façon particulière l'accès aux soins de santé des femmes immigrantes au Canada. Par exemple, le statut avec lequel elles entrent au Canada et la province dans laquelle elles s'établissent<sup>313</sup> ont des effets sur les soins de santé auxquels elles ont accès et la manière d'y accéder<sup>314</sup>. Nous en sommes venus à la conclusion qu'il serait trop ambitieux de faire un portrait de l'accès aux soins de santé pour toutes les femmes immigrantes dans l'ensemble du

---

<sup>312</sup> Voir, par exemple, article 28 de la Charte canadienne et le préambule de la Charte québécoise. *Charte canadienne des droits et libertés*, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, constituant l'annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (R-U), 1982, c 11 ; *Charte des droits et libertés de la personne*, LRQ 1975, c C-12.

<sup>313</sup> Par exemple, certaines provinces imposent un délai de carence de trois mois avant que les immigrants et les réfugiés puissent avoir accès au régime d'assurance santé provincial. *Munoz, supra* note 36 aux p 33-34.

<sup>314</sup> *Gagnon, supra* note 31 à la p 12.

Canada. Nous avons décidé de concentrer nos recherches sur une population plus restreinte, soit *les femmes réfugiées et demandeuses d'asile*. Ces femmes ont des troubles de santé particuliers liés notamment aux expériences prémigratoires et postmigratoires que sont susceptibles de vivre les réfugiés. Par exemple, elles proviennent souvent de régions où la violence est endémique et plusieurs d'entre elles ont vécu ou ont été témoins de violence psychologique, physique ou sexuelle<sup>315</sup>. Ces expériences laissent des séquelles physiques et psychologiques telles que des grossesses non désirées, des infections transmises sexuellement et par le sang et des chocs post-traumatiques<sup>316</sup>. Une fois arrivées au Canada, plusieurs facteurs sociaux sont susceptibles de les positionner dans une situation de marginalisation affectant leur santé<sup>317</sup>. Notamment, elles sont généralement moins éduquées que leurs homologues masculins et maîtrisent moins les langues officielles du pays hôte<sup>318</sup>. Également, une situation financière précaire et un isolement social affectent l'état de santé psychologique et physique de ces femmes<sup>319</sup>.

Le choix de limiter nos recherches à ces femmes est également motivé par le fait que leur accès aux soins de santé est couvert par un même programme, soit le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), administré par Citoyenneté et Immigration Canada et Medavie Croix Bleue, alors que les soins sont fournis par les institutions provinciales.

Le fédéralisme canadien et le partage des compétences que l'on retrouve dans la *Loi constitutionnelle canadienne*<sup>320</sup> caractérisent l'étude et la protection du droit à l'accès aux soins de santé des femmes immigrantes. En effet, la santé relève de la

---

<sup>315</sup> *Ibid* aux p 6-7-8.

<sup>316</sup> *Ibid*.

<sup>317</sup> *Ibid*.

<sup>318</sup> *Ledux et Proulx, supra* note 42 à la p 21.

<sup>319</sup> *Granger, supra* note 31 aux p 73-74.

<sup>320</sup> *Loi constitutionnelle de 1867*, RU 1867, c 3.

compétence exclusive des provinces<sup>321</sup> alors que l'immigration est soumise aux pouvoirs concurrents des gouvernements provinciaux et du gouvernement fédéral<sup>322</sup>. C'est pourquoi nous avons décidé de limiter notre recherche aux législations fédérales et québécoises. Malgré le fait que la santé soit soumise au pouvoir provincial, tous les niveaux de pouvoirs sont liés par les instruments analysés au chapitre 2 et ratifiés par le Canada. En effet, selon l'*Affaire des Conventions sur le travail de 1937*<sup>323</sup>, lorsque des obligations à l'égard de sujets relevant des provinces sont encourues par la ratification de traités internationaux par le gouvernement fédéral, celles-ci doivent être remplies par l'ensemble des pouvoirs. C'est-à-dire que le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux doivent coopérer afin que ces obligations soient respectées<sup>324</sup>. Ainsi, le Canada peut ratifier des instruments internationaux traitant notamment des sujets soumis aux pouvoirs provinciaux. Ces instruments entraîneront des obligations pour les provinces et pour le gouvernement fédéral. Le fédéralisme canadien fait également en sorte que les pouvoirs sont partagés entre le fédéral et les provinces. Notamment, la santé fait partie des pouvoirs attribués exclusivement aux provinces alors que l'immigration est un pouvoir concurrent du fédéral et des provinces. Nous nous attarderons donc seulement aux législations fédérales et québécoises, puisqu'il serait trop ambitieux de faire un portrait de l'ensemble du Canada. Finalement, nous étudierons uniquement la notion d'accès aux soins de santé du droit à la santé. En effet, nous considérons que l'étude des déterminants fondamentaux de la santé est trop imposante pour cette recherche puisqu'elle consiste en réalité à l'étude de l'ensemble du tissu social.

Dans ce chapitre, nous analyserons donc les textes législatifs canadiens et québécois encadrant la santé des femmes réfugiées et demandeuses d'asile. La santé

---

<sup>321</sup> *Ibid* à l'article 92(7).

<sup>322</sup> *Ibid* à l'article 95.

<sup>323</sup> *P.G. du Canada c. P.G. de l'Ontario*, [1937] A.C. 326.

<sup>324</sup> *Ibid*.

de ces femmes au Québec est un sujet complexe se retrouvant à l'intersection des domaines de la santé et de l'immigration et des pouvoirs fédéraux et provinciaux. Essentiellement, les normes se rappelant aux soins de santé de ces femmes sont contenues dans les textes législatifs réglementant la santé, l'immigration et le statut de réfugié et la non-discrimination. Comme au chapitre 2, nous décrirons les textes pertinents (sections 3.1, 3.2 et 3.3). Ensuite, nous analyserons les faiblesses de ces outils (section 3.4). Finalement, nous étudierons le cas du Programme fédéral de santé intérimaire (section 3.5) pour étudier l'attitude des gouvernements fédéral et québécois à l'égard des traitements différentiels en matière de santé pour certains migrants. Nous verrons aussi comment cela peut avoir des conséquences particulières sur les femmes.

### 3.1. La santé

La prestation des services de santé est légiférée et administrée par les provinces<sup>325</sup>. Le gouvernement fédéral participe toutefois à la provision de l'assurance santé à travers le financement de programmes provinciaux<sup>326</sup>. C'est la *Loi canadienne sur la santé de 1985*<sup>327</sup> (LCS) qui établit les conditions selon lesquelles les contributions financières sont accordées. Cette loi a pour objectif d'éliminer les obstacles financiers et d'uniformiser l'accès aux soins de santé aux « habitants du Canada »<sup>328</sup>. Cinq conditions doivent être respectées afin de recevoir cette contribution, dont l'universalité, supposant que 100 % des assurés d'une province

---

<sup>325</sup> Sikka, Lippel et Hanley, *supra* note 43 aux p 218-219.

<sup>326</sup> Application du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, *supra* note 58 au para 35.

<sup>327</sup> LCS, *supra* note 44.

<sup>328</sup> *Ibid* à l'article 3

aient droit aux services de santé prévus, et ce, de façon uniforme<sup>329</sup>. Par contre<sup>330</sup>, certains immigrants ne font pas partie des assurés puisqu'ils ne sont pas éligibles à l'assurance publique selon l'état de leur demande de statut. D'autres ne sont que partiellement couverts et doivent payer des frais afin de consulter un professionnel de la santé<sup>331</sup> : « waiting periods for newcomers and the exclusion of certain immigration categories from health coverage create barriers for women with precarious status »<sup>332</sup>.

Au niveau fédéral, outre la LCS, il existe un débat sur la portée de l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés<sup>333</sup> visant à déterminer s'il garantit le droit à la santé au Canada. En effet, il y est stipulé que « [c]hacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne ; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale »<sup>334</sup>. Dans sa décision *Chaoulli c. Québec*<sup>335</sup>, la majorité des juges de la Cour suprême du Canada est venue à la conclusion que, dans certaines circonstances, l'article 7 peut s'appliquer à l'accès aux soins de santé<sup>336</sup>. Cependant, cette décision risque d'avoir des effets limités comme le démontre la tendance de la jurisprudence canadienne à cet égard<sup>337</sup>. En effet, tel qu'illustrée par la Cour dans l'Affaire PFSI, « il est important de souligner que, dans

---

<sup>329</sup> *Ibid* aux articles 7 à 12.

<sup>330</sup> Pour la division des soins de santé entre le gouvernement fédéral et les provinces ainsi que pour la LCS, voir *Skipa, Lippel et Hanley*, *supra* note 43 aux p 218-219 ; *Santé Canada*, *supra* note 45 aux p 7 et 13-14 ; *Newbold et Danforth*, *supra* note 45 en général ; *Oxman-Martinez et al*, *supra* note 48 à la p 252.

<sup>331</sup> Paul Caulford et Yasmine Vali, « Providing health care to medically uninsured immigrants and refugees » (2006) 174 CMAJ 1253, à la p 1253.

<sup>332</sup> *Oxman-Martinez et al*, *supra* note 48 à la p 253.

<sup>333</sup> LCS, *supra* note 44.

<sup>334</sup> Charte canadienne des droits et libertés, *supra* note 312.

<sup>335</sup> *Chaoulli c. Québec* (Procureur général), 2005 1 RCS 791.

<sup>336</sup> *Ibid* aux paras 123-124 ; voir aussi *Sikka, Lippel et Hanley*, *supra* note 43 aux p 237-239.

<sup>337</sup> Tamara Friesen, « The Right to Health Care » (2001) 9 Health Law Journal 205, aux p 215-218.

l'arrêt *Chaoulli*, il n'était pas demandé à la Cour suprême d'exiger que la Province de Québec finance des services de soins de santé particuliers pour les demandeurs »<sup>338</sup>.

Au Québec, la santé est administrée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) qui doit élaborer les politiques de la prestation des services. Ses tâches sont déclinées au sein des établissements du réseau de la santé qui fournissent les soins de santé à la population. En 2014, un projet de loi<sup>339</sup> a été déposé par le ministre de la Santé. Ce projet vise la réforme de ce réseau et l'abolition des agences régionales. Selon la Fédération des médecins résidents du Québec, la centralisation proposée dans ledit projet de loi se ferait au détriment des réseaux locaux. Ceux-ci sont plus aptes à comprendre les clientèles les plus vulnérables, dont les femmes migrantes, et à maintenir une bonne accessibilité des soins de première ligne<sup>340</sup>. Parmi les organes relevant de ce ministère, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) couvre les soins de santé des résidents du Québec<sup>341</sup>.

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)*<sup>342</sup>, la *Loi sur l'assurance maladie*<sup>343</sup> et la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec*<sup>344</sup> sont les principales lois normalisant la fourniture et la couverture des soins de santé

---

<sup>338</sup> *Affaire PFSI*, supra note 13 au para 533 ; Voir aussi l'arrêt *Covarrubias c Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)* (2006) CAF 365, 354 NR 367.

<sup>339</sup> PL 10, *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, 1<sup>re</sup> sess, 41<sup>e</sup> lég, Québec, 2014.

<sup>340</sup> Fédération des médecins résidents du Québec, *Mémoire : Projet de loi 10 Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, déposé à la Commission de la santé et des services sociaux (2014), à la p 6.

<sup>341</sup> Ainsi que les médicaments (une partie) lorsque la personne n'a pas accès à une assurance privée. C'est le gouvernement même qui affirme que tous les résidents du Québec sont couverts par la RAMQ, mais il existe quelques exceptions, notamment en raison du délai de carence de trois mois pour les nouveaux arrivants pour être couvert par la RAMQ.

<sup>342</sup> *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, LRQ 1991, c S-4.2.

<sup>343</sup> *Loi sur l'assurance maladie*, LRQ 1970, c A-29.

<sup>344</sup> *Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec*, LRQ 1969, c R-5.

au Québec. Aucune de ces lois ne contient de disposition portant directement sur les soins de santé de la population immigrante et de leur égalité d'accès aux services de santé. Cependant, la LSSSS contient certaines dispositions favorisant la fourniture de services aux divers groupes culturels et minoritaires de la population. En effet, selon cette loi, les établissements fournissant les soins de santé

ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à solutionner les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population<sup>345</sup>.

Également, les agences de la santé et des services sociaux sont mandatées de coordonner et surveiller les services de santé et sociaux au niveau régional. Elles doivent « favoriser l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux qui soit respectueuse des caractéristiques [d]es communautés culturelles »<sup>346</sup>. Évidemment, l'adoption du Projet de loi 10 mettrait en péril ce système qui vise notamment à tenir compte des minorités.

Par ailleurs, la LSSSS établit les lignes directrices guidant spécifiquement la gestion et la prestation des services de santé et les droits des usagers du système de santé québécois<sup>347</sup>. Selon cette loi : « [t]oute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources »<sup>348</sup>. De plus, toute personne a le droit de recevoir des services de santé continus, adéquats et sécuritaires<sup>349</sup>. L'expression « toute personne » utilisée dans la

---

<sup>345</sup> LSSSS, *supra* note 342 à l'article 100.

<sup>346</sup> *Ibid* à l'article 349.

<sup>347</sup> *Ibid* aux articles 4 à 11.

<sup>348</sup> *Ibid* à l'article 4.

<sup>349</sup> *Ibid* à l'article 5.



LSSSS pourrait être interprétée de façon à ce que ces droits ne soient pas limités en fonction de certains motifs, dont l'origine nationale ou le statut migratoire<sup>350</sup>. Ceci étant dit, il n'existe pas de mention claire dans les lois québécoises au sujet des migrants et des femmes migrantes en tant que population positionnée en situation de vulnérabilité en matière de santé et de leurs besoins spécifiques à cet égard.

De plus, une mesure instaurée au Québec en 2001<sup>351</sup> impose aux nouveaux arrivants un délai de trois mois avant d'être couverts par la RAMQ<sup>352</sup>. Ainsi, chaque année, des personnes non assurées évitent de fréquenter les établissements de santé ou contractent des dettes en raison des coûts encourus lorsqu'ils ont recours au système de santé du Québec<sup>353</sup>. C'est un exemple concret des effets négatifs que peut générer l'exercice discrétionnaire de certaines provinces en matière de santé<sup>354</sup>. Selon la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, ce délai de carence n'est pas conforme à la Charte des droits et libertés de la personne du Québec<sup>355</sup>.

---

<sup>350</sup> Une telle interprétation de ce type d'expression a déjà été faite en jurisprudence. Voir, entre autres, *Affaire PFSI*, *supra* note 13 au para 487 : « Comme le juge Zinn l'a aussi fait remarquer dans la décision *Toussaint* (CF), la Cour suprême du Canada avait statué, dans l'arrêt *Singh c Ministre de l'Emploi et de l'Immigration* [...] que « le mot "chacun" employé à l'article 7 [...] englobe tout être humain qui se trouve au Canada [...] » à la page 202. Il a ensuite mentionné qu'« [u]ne conception aussi large de l'article 7 concorde avec le principe que tous les êtres humains ont, indépendamment de leur statut au regard de l'immigration, droit à la dignité et à la protection de leur droit fondamental à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne ».

<sup>351</sup> Permis par l'article 11(1)a) de la LCS.

<sup>352</sup> Le gouvernement leur conseille de contracter une assurance privée durant cette période. Cependant, leur réalité économique ne leur permet que rarement de se procurer une telle assurance.

<sup>353</sup> *Munoz et Chirgwin*, *supra* note 35 aux p 33-34 ; *Miedema, Hamilton et Easley*, *supra* note 41 à la p 338s ; *Caulford et Vali*, *supra* note 331 à la p 1253 ; Paul Caulford et Jennifer D'Andrade, « Soins de santé pour les immigrants et les réfugiés sans assurance médicale au Canada », en ligne : (2012) 58 *Canadian Family Physician* <<http://www.cfp.ca/content/58/7/e362.full>> à la p e362.

<sup>354</sup> *Munoz et Chirgwin*, *supra* note 35 aux p 33-34 ; *Caulford et D'Andrade*, *supra* note 353 à la p e362 ; *Miedema, Hamilton et Easley*, *supra* note 41 à la p 338s ; *Caulford et Vali*, *supra* note 331 à la p 1253.

<sup>355</sup> Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, *La conformité du délai de carence imposé par la Loi sur l'assurance maladie du Québec avec les dispositions de la Charte des droits et libertés de la personne*, par Me Marie Carpentier, 2013.

Finalement, le code déontologique des médecins<sup>356</sup> contient des dispositions relatives à leurs devoirs en matière de non-discrimination. Par exemple « le médecin ne peut refuser d'examiner ou de traiter un patient [...] pour des raisons de race, de couleur, de sexe, de grossesse, d'état civil, d'âge, de religion, d'origine ethnique ou nationale ou de condition sociale de ce patient [...] »<sup>357</sup>. Également, il doit aviser le patient si des convictions personnelles l'empêchent de fournir certains soins de façon appropriée<sup>358</sup>. Il doit obtenir un consentement libre et éclairé de la part du patient avant de lui fournir des soins<sup>359</sup>. Ces dispositions sont intéressantes pour les femmes migrantes puisque nous avons vu, dans l'introduction, que des barrières linguistiques et culturelles compliquent leur cheminement en matière d'accès aux soins de santé.

Il est à noter que ce code ne renvoie pas au statut d'immigrant comme motif interdit de discrimination ou de refus d'examiner et de traiter.

Ainsi, le Québec légifère et administre la façon dont sont fournis les soins de santé aux personnes sur leurs territoires et est responsable de la prestation de ces soins. Cependant, les mesures que le gouvernement provincial adopte doivent être conformes avec les dispositions de la LCS.

---

<sup>356</sup> *Code de déontologie des médecins*, LRQ 1981, c M-9.

<sup>357</sup> *Ibid* à l'article 23.

<sup>358</sup> *Ibid* à l'article 24.

<sup>359</sup> *Ibid* à l'article 28.

### 3.2 L'immigration

L'accès aux soins de santé des femmes immigrantes au Canada ne dépend pas seulement de la législation relative à la santé. En effet, certains bénéfices ou contraintes sont conférés différemment selon le statut migratoire, notamment en matière de santé. Il est donc également nécessaire d'analyser la législation canadienne et québécoise en matière d'immigration afin d'étudier les conditions d'accès aux soins de santé des femmes réfugiées et demandeuses d'asile.

Le gouvernement fédéral administre les politiques et législations nationales relatives à l'immigration. La *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* est entrée en vigueur en 2002 (LIPR)<sup>360</sup>. Elle définit la politique fédérale en matière d'immigration et *Citoyenneté et Immigration Canada* (CIC) est le département fédéral responsable du développement et de la fourniture des programmes d'immigration<sup>361</sup>. Les objectifs énoncés de la politique fédérale se rapportant à l'admission des réfugiés sont définis à l'article 3(2). Entre autres, la LIPR reconnaît que le programme pour les réfugiés sert notamment à remplir les obligations internationales du Canada et participer à l'effort international<sup>362</sup> ; « mettre en place une procédure équitable et efficace »<sup>363</sup> permettant à la fois le respect du processus canadien d'asile et des droits et libertés de toute personne ; favoriser l'intégration par « l'autonomie et le bien-être socioéconomique des réfugiés »<sup>364</sup> et finalement ; protéger la santé et la sécurité des Canadiens<sup>365</sup>. L'article 3(3) indique que la LIPR doit être interprétée de façon à respecter non seulement les intérêts du Canada, mais

---

<sup>360</sup> *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, LC 2001, c 27.

<sup>361</sup> *Oxman-Martinez et al*, *supra* note 48 à la p 251.

<sup>362</sup> *LIPR*, *supra* note 360 à l'article 3(2)b).

<sup>363</sup> *Ibid* à l'article 3(2)e).

<sup>364</sup> *Ibid* à l'article 3(2)f).

<sup>365</sup> *Ibid* à l'article 3(2)g).

aussi la *Charte canadienne des droits et libertés* et les instruments internationaux ratifiés par le Canada. Cependant, la tendance politique fédérale face à l'immigration semble favoriser la protection de la santé et la sécurité publiques des citoyens canadiens<sup>366</sup>. En effet, depuis quelques années, le gouvernement fédéral vise à restreindre les bénéfices auxquels les réfugiés et les demandeurs d'asile ont droit, ce qui restreint inévitablement leur intégration.

La LIPR établit les statuts d'immigration. Avec chacun des statuts sont attribués des bénéfices et restrictions spécifiques, notamment en matière de santé<sup>367</sup>. Officiellement, la LIPR accepte les résidents permanents sous trois statuts<sup>368</sup>. En réalité, il existe de nombreux sous statuts migratoires comme les demandeurs d'asile, les personnes en procédure et en attente de statut, les travailleurs temporaires, les personnes venant de pays sous moratoires, etc. Une seule disposition de la LIPR aborde le droit à l'accès aux soins de santé des réfugiés. Elle établit qu'un étranger, sauf un résident permanent, se verra interdit de territoire si son état de santé constitue un danger pour la santé ou la sécurité publiques ou représente un fardeau trop important pour le système de soins de santé<sup>369</sup>.

Selon la doctrine, la loi canadienne relative à l'immigration utilise un langage se voulant neutre. De ce fait, elle ne considère pas les problématiques spécifiques aux femmes en matière d'immigration. Comme l'affirmait Roxana Ng en 1992,

---

<sup>366</sup> Daniel Raza, Meb Rashid, Lydia Redwood-Campbell, Catherine Rouleau et Phillip Berger, « Un devoir moral : Pourquoi contester les coupures concernant la santé des réfugiés au Canada », en ligne : (2012) 58 Canadian Family Physician <[www.cfp.ca/content/58/7/e365](http://www.cfp.ca/content/58/7/e365)> à la p E365.

<sup>367</sup> Sikka, Lippel et Hanley, *supra* note 43 aux p 215-219 ; Boyd et Pikkov, *supra* note 125 à la p 28 ; Sarah Marsden, « Assessing the Regulation of Temporary Foreign Workers in Canada » (2011-2012) 49 Osgoode Hall L. J. 39, aux p 45-47.

<sup>368</sup> LIPR, *supra* note 360 à l'article 12. Selon la LIPR, il y a différentes catégories selon lesquelles les nouveaux arrivants peuvent être admis au Canada : les immigrants admis selon leur capacité à réussir leur établissement économique au Canada, les immigrants admis en vertu du regroupement familial et ceux admis selon la tradition humanitaire du Canada, dont les réfugiés.

<sup>369</sup> *Ibid* à l'article 38(1).

The provisions in the immigration law are ostensibly objective and sex-blind. However, when an immigration official follows the letter of the law, he or she contributes to the reproduction of gender and racial inequality because of the biases and assumptions contained in the law. The provisions in the policy both contribute to and dovetail with other forms of gender and racial equality: in the welfare system and in the market place (notably the labour market). Together these legal, social and economic relations hold certain women (women of colour from the Third World, women who don't speak English or who speak limited English, women who don't have the skills and qualifications seen to be relevant to the Canadian economy) captive in a seemingly democratic and free society<sup>370</sup>.

La loi relative à l'immigration a changé depuis, mais la LIPR a conservé un langage hypothétiquement objectif et, en continuant de favoriser l'immigration économique, continue certainement à avantager l'immigration des hommes<sup>371</sup>.

Dans certains cas, comme au Québec, un accord avec une province permet à cette dernière une certaine discrétion en ce qui a trait aux conditions que doivent remplir les immigrants pour être admis dans la province. En avril 1991 est entré en vigueur l'Accord Canada-Québec relatif à l'immigration et à l'admission temporaire des aubains<sup>372</sup> (l'Accord)<sup>373</sup>. Il traite de la sélection des personnes souhaitant s'établir au Québec<sup>374</sup>. Il a notamment pour but de permettre une intégration adéquate au

---

<sup>370</sup> Roxana Ng, « Managing Female Immigration : A Case of Institutional Sexism and Racism » (1992) 12 Canadian Women Studies/Les cahiers de la femme 20 à la p 22.

<sup>371</sup> *Femmes et développement régional*, *supra* note 137 à la p 12.

<sup>372</sup> *Accord Canada-Québec relatif à l'immigration et à l'admission temporaire des aubains (Accord Gagnon-Tremblay-McDougall)*, Gouvernement du Canada et Gouvernement du Québec, 5 février 1991 (entré en vigueur : 1 avril 1991). Cet accord fait suite à l'échec de l'Accord du Lac Meech et reprend essentiellement ce qui aurait été réalisé si ce dernier avait été ratifié. L'Accord Canada-Québec est précédé par d'autres ententes entre le Canada et le Québec au sujet de l'immigration dont l'entente Cullen-Couture de 1979.

<sup>373</sup> Bibliothèque du Parlement, *Immigration : L'Accord Canada-Québec (Étude générale)* par Michel-Ange Pantal, Ottawa, Bibliothèque du Parlement, 2011, à la p 1; *Oxman-Martinez et al*, *supra* note 48 à la p 251.

<sup>374</sup> *Accord Canada-Québec*, *supra* note 372 à l'article 1.

caractère distinct de la culture québécoise<sup>375</sup>. Dans ce cadre, le gouvernement fédéral détermine les normes et objectifs nationaux et l'admission des immigrants au pays. Il définit les catégories d'immigrants, dont les personnes inadmissibles<sup>376</sup>. « Le Québec [quant à lui] a les droits et responsabilités décrits dans cet Accord touchant le nombre d'immigrants à destination du Québec, de même que la sélection, l'accueil et l'intégration de ces immigrants »<sup>377</sup>. En ce qui concerne les réfugiés, c'est le Canada qui, en vertu de la *Convention des Nations Unies relative au statut de réfugiés*, détermine quelles sont les personnes qui ont besoin de sa protection. Le Québec accepte sur son territoire une proportion des réfugiés du Canada tant que ceux-ci satisfont les critères établis par la province<sup>378</sup>. Le Québec s'engage à s'occuper de leur accueil en prenant soin d'établir des services d'intégration linguistique, culturelle et économique offerts sans discrimination<sup>379</sup>.

Le cheminement des réfugiés et des demandeurs d'asile est donc complexe en matière d'accès aux soins de santé. Il se situe à une intersection où se croisent des domaines soumis aux pouvoirs provinciaux et fédéraux et des législations relatives à la santé et à l'immigration. Au niveau de la santé, il est clair que les soins sont fournis par la province. Cependant, c'est dans le domaine de l'immigration que sont décidés à quels bénéfices ont droit les réfugiés et les demandeurs d'asile. C'est également un programme fédéral, le Programme fédéral de santé intérimaire<sup>380</sup>, qui gère la couverture des soins de santé aux réfugiés et des demandeurs d'asile qui seront

---

<sup>375</sup> *Ibid* à l'article 2.

<sup>376</sup> *Ibid* à l'article 3.

<sup>377</sup> *Ibid* à l'article 4.

<sup>378</sup> *Ibid* aux articles 17 à 20. Le Québec s'engage ainsi à accueillir annuellement une proportion de réfugiés admis au Canada équivalente à son poids démographique au sein du Canada. À ce nombre s'ajoute les demandeurs d'asile déjà au Canada. Environ 2000 réfugiés arrivent au Québec chaque année et, selon l'Agence des services frontaliers du Canada, il y avait environ 23 291 demandeurs d'asile au Québec le 15 octobre 2010. Voir *Ministère de la Santé et des Services sociaux*, *supra* note 35 à la p 4.

<sup>379</sup> *Accord Canada-Québec*, *supra* note 372 à l'annexe A, article 25 (a) (1) à (6).

<sup>380</sup> Le Programme fédéral de santé intérimaire fait l'objet d'une analyse dans la section 3.5.

toutefois fournis par des institutions québécoises. Il revient donc au gouvernement provincial, à travers sa responsabilité à l'égard de l'intégration et de l'accueil, de s'assurer que les femmes réfugiées et demandeuses d'asile soient mises au courant des services et des soins de santé auxquels elles ont accès et comment elles peuvent y avoir accès. C'est cependant en partie le gouvernement fédéral qui détermine comment elles y ont accès selon le statut migratoire.

### 3.3 La non-discrimination

Outre les outils législatifs se rapportant à la santé et à l'immigration, des dispositions relatives à la non-discrimination donnent des pistes sur la façon dont les femmes immigrantes ne devraient pas être discriminées en matière d'accès aux soins de santé au Canada et au Québec. Par exemple, la *Charte canadienne des droits et libertés*<sup>381</sup>, enracinée dans la *Constitution canadienne de 1982*<sup>382</sup> garantit une série de droits et de libertés<sup>383</sup>. L'article 15(1) pose les assises du droit à l'égalité :

La loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques<sup>384</sup>.

---

<sup>381</sup> *Charte canadienne des droits et libertés*, supra note 312.

<sup>382</sup> *Loi constitutionnelle*, supra note 320.

<sup>383</sup> *Charte canadienne des droits et libertés*, supra note 312, à l'article 1.

<sup>384</sup> *Ibid* à l'article 15(1). L'article 15(2) explique que les programmes et les lois visant l'amélioration des situations pour certains groupes ou personnes défavorisées ne constituent pas nécessairement une discrimination interdite par l'article 15(1).

Comme l'atteste la jurisprudence canadienne, les tribunaux n'interprètent pas cette liste des motifs interdits de discrimination comme étant non exhaustive et incluant le statut migratoire. En effet, comme l'a affirmé la Cour fédérale : « [...] le statut d'immigration ne peut pas être considéré comme étant un motif analogue à ceux énoncés au paragraphe 15(1) »<sup>385</sup>.

Au Québec, c'est essentiellement la *Charte des droits et libertés de la personne*<sup>386</sup> qui détermine les droits humains garantis dans la province. Dans son préambule, elle établit d'abord que « tout être humain » possède des droits et libertés nécessaires à sa protection et son épanouissement et que les êtres humains sont tous égaux. Le droit à la santé ne fait pas l'objet d'une disposition de manière directe même si une section complète de ladite Charte protège une série de droits économiques et sociaux<sup>387</sup>.

La Charte québécoise défend le droit à l'égalité à l'article 10 :

Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.

Il y a discrimination lorsqu'une telle distinction, exclusion ou préférence a pour effet de détruire ou de compromettre ce droit<sup>388</sup>.

<sup>385</sup> *Affaire PFSI*, supra note 13 au para 1083.

<sup>386</sup> *Charte des droits et libertés de la personne*, supra note 312.

<sup>387</sup> *Ibid* au chapitre iv ; *Bosset*, supra note 270 à la p 244.

<sup>388</sup> *Charte des droits et libertés de la personne*, supra note 312 à l'article 10.



Une fois de plus, le statut migratoire ne constitue pas un motif de discrimination expressément interdit.

Dans la prochaine section (3.4), nous analysons plus en profondeur les limites des textes législatifs et constitutionnels précédents quant à la garantie du droit à l'accès aux soins de santé pour les femmes migrantes au Canada et au Québec. Notamment, nous étudions le fait qu'aucun de ces textes ne garantit la prise en compte des besoins sexospécifiques des migrants en matière de santé. Également, nous analysons le fait que le droit à l'accès aux soins de santé ne figure pas parmi les droits garantis de façon égale dans les chartes canadienne et québécoise. Parallèlement, le statut migratoire ne fait pas partie des motifs illicites de discrimination selon la loi et la jurisprudence.

### 3.4 Les faiblesses des lois canadiennes et québécoises

Évidemment, les lois canadiennes et québécoises en matière de santé ne contiennent pas de disposition permettant ou encourageant un traitement différentiel à l'égard des femmes, des migrants ou des femmes migrantes. De même, il est clair qu'il est interdit de discriminer en fonction du genre, notamment en ce qui a trait aux soins de santé. Ainsi, il ne s'agit pas de savoir si la législation et les autres mesures relatives à la santé ou à l'immigration discriminent les femmes migrantes en matière d'accès à la santé. Il s'agit plutôt de chercher à comprendre si ces législations permettent un traitement différentiel à l'égard des migrants qui pourraient avoir des conséquences particulières sur la santé et l'accès aux soins de santé des femmes migrantes. Il s'agit également de savoir si ces législations assurent pleinement le droit à la santé des migrants et donc des femmes migrantes en assurant que leurs besoins

spécifiques en matière de santé, en tant que groupe en situation de vulnérabilité, sont pris en compte dans les lois et autres mesures.

En observant les lois précédemment décrites, il nous faut constater qu'il n'existe aucune disposition législative au Canada ou au Québec demandant de prendre en compte, dans l'adoption de mesures et de programmes relatifs à la santé, les problématiques spécifiques des migrants, notamment engendrés par leur positionnement dans une situation de vulnérabilité dans la société d'accueil. En effet, aucune législation relative aux soins de santé ne fournit de disposition garantissant expressément une fourniture égale et compréhensive des besoins spécifiques des migrants dus aux expériences migratoires les positionnant en situation de vulnérabilité. Également, aucune législation relative à l'immigration, dont ceux concernant les statuts migratoires ou leur intégration, ne mentionne l'importance de leur accès égal aux soins de santé. Ils ne mentionnent pas non plus le fait que l'expérience migratoire peut être vécue différemment selon le genre et que cela génère des besoins sexospécifiques à plusieurs niveaux, dont en matière de soins de santé.

Il existe bien plusieurs dispositions générales relatives à la non-discrimination, mais aucune ne définit le statut migratoire comme un motif interdit de discrimination. Pour assurer la non-discrimination des migrants dans le plein exercice de leurs droits, il faut plutôt passer par d'autres motifs interdits tels que l'origine nationale. Il n'est donc pas assuré dans la législation canadienne et québécoise, comme l'exigent les principes d'égalité et de non-discrimination, que l'on prenne en compte les besoins spécifiques (dont les besoins sexospécifiques) des migrants afin que ceux-ci jouissent de leur droit à la santé au même niveau que les autres personnes sous la juridiction de l'État. En fait, l'interdiction de discriminer en vertu du statut migratoire n'est elle-même pas garantie dans une disposition législative. Ce vide

législatif à l'égard de la prise en compte de la situation particulière des migrants ne semble pas conforme à l'obligation de non-discrimination telle que décrite dans la section 2.2 de la recherche.

De manière plus générale, le Canada ne semble pas vouloir renforcer la protection des droits économiques, sociaux et culturels dans sa Constitution et ses lois, dont le droit à la santé<sup>389</sup>. Le Canada affirme lui-même que

[l]es conventions internationales que le Canada a ratifiées n'acquièrent pas *ipso facto* force de loi au Canada à moins d'être constituées en droit interne. La Charte canadienne des droits et libertés s'applique à tous les gouvernements au Canada et protège **plusieurs** des droits de la personne reconnus par les conventions et pactes internationaux<sup>390</sup>.

Le droit à la santé tel que protégé par le Pacte à l'article 12, ne semble pas faire partie de ces « plusieurs » droits fondamentaux protégés par la Charte canadienne puisqu'il n'existe pas de norme justiciable<sup>391</sup> canadienne concernant les soins de santé puisque, tel que l'affirme le gouvernement fédéral,

l'article 7 de la *Charte canadienne* ne prévoit pas « l'obligation de protéger le droit à la santé » comme le mentionne le Comité. L'article 7 prévoit plutôt qu'il ne peut être porté atteinte au droit à la vie, à la liberté et à la sécurité d'une personne en conformité avec les principes de justice naturelle<sup>392</sup>.

---

<sup>389</sup> *Application du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, supra note 58 aux paras 16 et 17.

<sup>390</sup> *Ibid.*

<sup>391</sup> Par justiciable, nous parlons d'un droit qui pourrait être défendu au sein du système judiciaire. C'est-à-dire qu'un individu pourrait faire une plainte basée sur la violation de son droit à la santé. Voir Phillip Cole, « Migration and the Human Right to Health » (2009) 18 Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 70, aux p 74-75.

<sup>392</sup> Gouvernement du Canada, Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Liste des points à traiter à l'occasion de l'examen du quatrième rapport périodique du Canada concernant les droits visés aux articles 1er à 15 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, Doc NU E/C.12/CAN/Q/4/Add.1 (2006), à la question 38.

Il semble peu probable que les tribunaux interprètent l'article 7 de façon à protéger le droit à la santé et à l'accès aux soins de santé<sup>393</sup>. En effet, dans la jurisprudence<sup>394</sup> à cet égard, on a conclu que

l'allégation des demandeurs fondée sur l'article 7 doit être rejetée. C'est parce que ceux-ci visent à imposer au gouvernement du Canada l'obligation positive de financer les soins de santé à l'égard des personnes sollicitant la protection du Canada. Selon l'État actuel du droit au Canada, les garanties relatives à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne prévue à l'article 7 ne comprennent pas le droit positif à des soins de santé financés par l'État<sup>395</sup>.

L'arrêt *Covarrubias c Canada*<sup>396</sup> est tout aussi intéressant à cet égard. En effet, au paragraphe 36, la Cour d'appel fédérale affirmait que la loi canadienne ne va pas jusqu'à créer un droit de la personne protégeant un accès minimum aux soins de santé pour les ressortissants étrangers<sup>397</sup>. On y fait donc une distinction entre ce qui est fourni aux citoyens et ce que le Canada doit fournir aux étrangers sous sa juridiction.

L'article 15 de la Charte pourrait être utilisé pour la protection du droit à la santé. Des jugements de la Cour suprême sont favorables à cette possibilité<sup>398</sup>. L'auteur Tamara Friesen cite notamment un extrait de la décision *Eldridge c. Colombie-Britannique*<sup>399</sup> affirmant qu'

<sup>393</sup> Friesen, *supra* note 337 à la p 215 à 218.

<sup>394</sup> Par exemple, *Brown c Colombie-Britannique*, 1994 1 RCS 420.

<sup>395</sup> *Affaire PFSI*, *supra* note 13 au para 8 (voir aussi paras 511 à 513, 533 et 571).

<sup>396</sup> *Covarrubias c Canada*, *supra* note 338.

<sup>397</sup> Voir aussi *Affaire PFSI*, *supra* note 13 aux paras 550-551.

<sup>398</sup> Par exemples, *Cameron v Nova Scotia*, 1999 NSJ 297 ; *Auton c Colombie-Britannique*, 2004 3 RCS 657. Dans ces décisions, les arguments relatifs à l'article 7 ont d'ailleurs été ignorés. Voir Friesen, *supra* note 337 aux p 218-219.

<sup>399</sup> *Eldridge c Colombie-Britannique*, *supra* note 57.

[i]l a été avancé que le par. 15(1) de la *Charte* n'oblige pas l'État à prendre des mesures concrètes, comme celle de fournir des services pour remédier aux symptômes de l'inégalité systémique ou générale [...]. Notre Cour a statué à maintes reprises que, à partir du moment où l'État accorde effectivement un avantage, il est obligé de le faire sans discrimination [...]. Dans bon nombre de cas, les gouvernements auront à prendre des mesures concrètes, par exemple, en étendant le champ d'application d'un avantage pour en faire bénéficier une catégorie de personnes jusque-là exclues [...]. De plus, il a été dit que le gouvernement, lorsqu'il prend de telles mesures concrètes, ne devrait pas être la source d'une plus grande inégalité [...]<sup>400</sup>.

Cela signifie qu'il peut être nécessaire de prendre des mesures pour que toutes les catégories de personnes jouissent de façon égale de leurs droits, dont pourraient faire partie les migrants. Ainsi, il faudrait que les lois et les programmes mis en place tiennent compte des besoins particuliers des groupes marginalisés pour qu'ils jouissent de leurs droits de façon égale. Cependant, tel que l'explique Friesen, les gouvernements peuvent porter atteinte à l'article 15 (tel que permis par l'article 1 de la Charte) pour des raisons raisonnables ayant pour but la sauvegarde de la société démocratique. Il est donc évident qu'il n'existe pas encore comme un droit justiciable protégé par la Charte canadienne : les solutions apportées par les normes qui visent à garantir le droit à la santé au Canada sont clairement insuffisante à sa reconnaissance<sup>401</sup>.

Également, la complexité du système fédéral canadien constitue un obstacle à la mise en application des droits garantis par le PIDESC. D'ailleurs, les tribunaux provinciaux semblent donner systématiquement une interprétation de la Charte canadienne excluant certains droits protégés par le Pacte, dont le droit à la santé<sup>402</sup>.

---

<sup>400</sup> *Ibid* au para 73.

<sup>401</sup> Friesen, *supra* note 337 aux p 221-222.

<sup>402</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Examen des rapports présentés par les États parties au Pacte conformément aux articles 16 et 17 du Pacte – Observations finales du Comité des*

En ce qui a trait au Québec en particulier, certaines inquiétudes ont été prononcées par l'Association américaine des juristes à l'égard de la Charte québécoise. Ces préoccupations concernent la mince protection de la Charte québécoise à l'égard de certains droits protégés par le PIDESC. Le droit à la santé fait notamment partie des droits sociaux, économiques et culturels qui ne sont pas protégés dans cette Charte :

La Charte québécoise comporte une énumération limitative des motifs de discrimination interdits alors que le Pacte ajoute la mention « toute autre situation » (art. 2, par. 2). De plus, le texte énonce que les droits économiques et sociaux ne sont garantis que « dans la mesure prévue par la loi », ce qui constitue une limite importante. Cette limite devrait être supprimée et un amendement à la Charte des droits et libertés devrait permettre expressément au Tribunal des droits de la personne du Québec d'être directement saisi d'une plainte fondée sur ces dispositions<sup>403</sup>.

Par ailleurs, certaines mesures québécoises récentes limitent un accès complètement égal aux soins de santé pour les migrants. Par exemple, nous avons vu dans la section 3.1 que le délai de carence établi par la province depuis 2001 et imposé pendant 3 mois aux nouveaux arrivants est considéré comme étant contraire à l'obligation d'égalité décrite dans la charte québécoise<sup>404</sup>. Également, le projet de loi 10 proposé par le ministre de la santé Gaétan Barrette<sup>405</sup> aussi abordé dans la section 3.1 est susceptible de limiter la prise en compte des besoins spécifiques des différents groupes de la population, dont les migrants. En effet, en réformant le réseau de la

---

*droits économiques, sociaux et culturels*, Doc NU E/C.12/1/Add.31 (1998).

<sup>403</sup> Association américaine de juristes (section pancanadienne) et la Ligue des droits et libertés du Québec (Canada), Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Application du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, 19<sup>e</sup> sess, Doc NU E/C.12/1998/NGO/4 (1998), au para 13.

<sup>404</sup> *Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse*, supra note 352.

<sup>405</sup> *PL 10*, supra note 336.

santé et en centralisant le mode de prise de décision, les migrants seront moins aptes à exprimer leurs besoins spécifiques en matière de santé<sup>406</sup>.

En somme, les législations canadienne et québécoise ne fournissent pas un droit à la santé justiciable. Cela fait en sorte qu'il serait difficile de prétendre, pour un migrant souhaitant faire une plainte par exemple, à une discrimination *de jure* ou *de facto* à l'égard de l'exercice de son droit à la santé. Pourtant, il semble que les législations canadiennes et québécoises, notamment dans les instruments garantissant la non-discrimination, n'interdisent pas l'adoption d'un traitement différentiel basé sur le statut migratoire des individus. Cela est donc non-conforme aux obligations encourues par l'article 12 du PIDESC<sup>407</sup> telles que décrites dans les sections 2.1 et 2.2 et à l'obligation plus générale de non-discrimination telle que décrite dans la section 2.2.4.

Il semble donc que la législation canadienne et québécoise ne garantisse pas une protection et une mise en œuvre du droit à l'accès aux soins de santé égale aux migrants telles que décrites dans la section 2.2.2. En effet, les lois manquent de clarté quant à la prise en compte des besoins spécifiques des migrants en matière de santé et se veulent, pour la plupart, neutres. Ce faisant, il serait possible que le gouvernement fédéral ou provincial adopte des mesures relatives à la santé ou à l'immigration qui permettraient un traitement différentiel pour les migrants ou certains groupes de migrants en matière de santé. C'est l'attitude qu'adopte le gouvernement fédéral à travers le Programme fédéral de santé intérimaire, que nous allons analyser dans la prochaine section (3.5). Cet exemple synthèse permet d'observer comment les lois canadiennes et québécoises et leurs interprétations permettent ou non d'instaurer des programmes adoptant un traitement différentiel à l'égard des migrants en matière de

---

<sup>406</sup> Fédération des médecins résidents du Québec, *supra* note 337 à la p 6.

<sup>407</sup> PIDESC, *supra* note 63.

santé. Également, ce programme démontre comment de telles mesures peuvent avoir des conséquences spécifiques sur le droit à l'accès aux soins de santé des femmes migrantes de façon égale et non discriminatoire.

### 3.5 Le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI)

Le PFSI est un programme créé et géré par Citoyenneté et Immigration Canada fournissant une couverture des soins de santé limitée et temporaire. Sa création avait pour but la reconnaissance du Canada de la situation difficile des réfugiés et demandeurs d'asile à s'établir et de leurs besoins urgents et essentiels en matière de santé<sup>408</sup>. Le gouvernement affirme aujourd'hui que le PFSI n'a jamais eu pour but d'offrir une couverture des soins de santé pour les réfugiés et les demandeurs d'asile. Il affirme qu'il offre plutôt, pour une période limitée, des soins d'urgence et essentiels aux bénéficiaires admissibles<sup>409</sup>. Selon le gouvernement fédéral, il vise à établir une couverture intérimaire pour les individus n'ayant pas accès à un régime d'assurance maladie provincial ou territorial. Cela inclut notamment les réfugiés, les demandeurs d'asile. Encore selon le gouvernement, le programme vise à protéger la santé et la sécurité publiques de la population canadienne tout en fournissant une protection n'étant pas plus généreuse que celle fournie par les programmes gouvernementaux de régime d'assurance maladie pour les résidents et citoyens canadiens<sup>410</sup>.

La couverture du PFSI cesse lorsque l'individu est admissible au régime d'assurance-maladie provincial. Les individus couverts par le PFSI doivent présenter

---

<sup>408</sup> *Affaire PFSI, supra* note 13 aux paras 32-33.

<sup>409</sup> *Ibid* au para 34.

<sup>410</sup> *Ibid* au para 56.



une pièce d'attestation d'admissibilité au programme lorsqu'ils se présentent chez un fournisseur de soins de santé inscrit au registre de Croix Bleue Medavie (la société privée gérant les remboursements du PFSI). Les remboursements se font uniquement aux professionnels de la santé ou aux hôpitaux ; un individu ayant payé pour des services ou des produits couverts par le PFSI ne peut pas demander de remboursement<sup>411</sup>.

Ainsi, le Québec est responsable de la fourniture des soins pour toutes les personnes sur son territoire, dont les réfugiés et demandeurs d'asile. Cependant, c'est le gouvernement fédéral, en vertu du PFSI, qui gère les critères selon lesquels ils ont accès ou non à une couverture publique des soins de santé. Les réfugiés et les demandeurs d'asile ont donc une couverture différente, du moins pour un certain temps, non seulement des autres personnes au Canada, mais des autres catégories d'immigrants. Comme nous le verrons, il est possible que cette différenciation ait d'importantes conséquences en vertu des changements de 2012.

---

<sup>411</sup> *Sikka, Lippel et Hanley, supra* note 43 à la p 220 ; *Merry, Gagnon, Kalim et Bouris, supra* note 38 à la p 286 ; *Gagnon, supra* note 30 à la p 12.

### 3.5.1 Les changements de 2012 au PFSI et les différents types de couverture<sup>412</sup>

Le 30 juin 2012 est entré en vigueur le *Décret concernant le Programme fédéral de santé intérimaire*<sup>413</sup>. Ce dernier a apporté des changements à la couverture des soins de santé pour les réfugiés et les demandeurs d'asile ayant essentiellement pour effet de couper la couverture pour certaines catégories de nouveaux arrivants, dont les demandeurs d'asile<sup>414</sup>. Avant le 30 juin 2012, la couverture était relativement homogène et était semblable à la plupart des programmes d'aide sociale et de santé des provinces<sup>415</sup>. Il existe désormais trois types principaux de couverture de soins de santé : la couverture des soins de santé élargis, la couverture des soins de santé, la couverture des soins de santé pour la santé et la sécurité publiques<sup>416</sup>. Également, le 15 décembre 2012, le projet de loi C-31<sup>417</sup> concernant la LIPR est entré en vigueur. Ce dernier a intégré la notion des *Pays d'origine désignés*. Il s'agit d'une liste de pays considérés comme étant généralement sécuritaires par le gouvernement canadien et

<sup>412</sup> Suite à la décision de juillet 2014 de la Cour fédérale qui lui demandait de rétablir le programme, le gouvernement du Canada avait décidé de maintenir le statu quo durant le traitement de sa demande d'appel sur cette décision. Au début du mois de novembre 2014, cette demande d'appel a été rejetée. Ainsi, depuis quelques semaines, le gouvernement fédéral s'est vu contraint de rétablir certaines dispositions du Programme, notamment afin de fournir une protection spéciale aux enfants et aux femmes enceintes. Cependant, le gouvernement conteste toujours cette décision et entend poursuivre les démarches d'appel. Voir La Presse canadienne. « Retour temporaire du programme de soins de santé aux réfugiés », *Ici Radio-Canada* (5 novembre 2014), en ligne : Ici Radio-Canada <http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/societe/2014/11/05/001-programme-soins-sante-refugies-retour-temporaire.shtml>.

<sup>413</sup> Le PFSI a toujours fonctionné par décret et non en vertu de la législation en matière d'immigration. Voir *Affaire PFSI*, supra note 14 au para 35. TR/2012-26, *Décret concernant le Programme fédéral de santé intérimaire*, Ministère de la Justice, 15 décembre 2012, en ligne : Site web de la législation < <http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/SI-2012-26.pdf> >.

<sup>414</sup> Pour connaître plus en profondeur les motifs des changements de 2012 au PFSI, *Affaire PFSI*, supra note 13 aux paras 49-53.

<sup>415</sup> Raza et al, supra note 366 à la p E365; Marylie Roger et Sophie Schoen, « Soins de santé pour les personnes migrantes à statut précaire : une réalité méconnue », en ligne : (2013) 20 *Vivre ensemble* <[http://cjf.qc.ca/upload/ve\\_bulletins/3153\\_a\\_VE\\_Art\\_Roger-Schoen\\_Migrants-statut-precaire\\_Vol20-No69.pdf](http://cjf.qc.ca/upload/ve_bulletins/3153_a_VE_Art_Roger-Schoen_Migrants-statut-precaire_Vol20-No69.pdf)>, à la p 2 ; *Affaire PFSI*, supra note 14 aux paras 42-48.

<sup>416</sup> Citoyenneté et Immigration Canada, *Politique sur le Programme fédéral de santé intérimaire*, 2014, en ligne : Gouvernement du Canada, Citoyenneté et Immigration Canada <http://www.cic.gc.ca/francais/ministere/lois-politiques/pfsi.asp> ; *Affaire PFSI*, supra note 14 au para 61. Pour voir en quoi consistent ces couvertures, voir l'annexe A.

<sup>417</sup> PL C-31, *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, 2<sup>e</sup> sess, 36 lég, 2012.

dont la demande d’asile pour les individus originaires de ces pays fait l’objet d’un processus accéléré de renvoi sans droit d’appel<sup>418</sup>. Ils ont également une couverture très limitée du PFSI lorsque la demande d’asile a été faite après le 15 décembre 2012<sup>419</sup>. Il existe donc différents degrés de couverture qui varient selon plusieurs facteurs, dont l’origine nationale, le statut d’immigration, le statut de la demande d’asile et l’éligibilité à recevoir une aide gouvernementale à la réinstallation<sup>420</sup>.

D’importantes différences parmi ces trois types de couverture sont presque exclusivement faites en vertu du statut d’immigration et de l’origine nationale. Alors que les réfugiés pris en charge par l’État ont conservé une couverture pratiquement identique que celle en vigueur pour tous avant 2012<sup>421</sup>, d’autres ont subi des coupures importantes. Par exemple, presque tous les réfugiés parrainés par le secteur privé et les demandeurs d’asile dont la demande est en cours de traitement n’ont une couverture couvrant que les soins de nature urgente et/ou essentielle et les médicaments et vaccins traitant les maladies sur une liste des maladies dangereuses pour la santé et/ou la sécurité publiques. Les demandeurs d’asile provenant des pays d’origine désignés et les demandeurs d’asile déboutés ont une couverture encore plus limitée. Celle-ci ne comprend que les services prévenant ou traitant les maladies présentant un risque pour la santé et/ou la sécurité publiques.

Dans la section concernant les obligations du Canada à l’égard du droit à l’accès aux soins de santé des migrants et des migrantes (section 2.4.2), nous avons

---

<sup>418</sup> Roger et Schoen, *supra* note 415 à la p 2.

<sup>419</sup> Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN), *Soins de santé pour les demandeurs d’asile au Québec* par Janet Cleveland, CSSS de la Montagne, 2014, en ligne : FQPN <[http://www.fqpn.qc.ca/?attachment\\_id=2128](http://www.fqpn.qc.ca/?attachment_id=2128)>.

<sup>420</sup> *Affaire PFSI*, *supra* note 13 au para 62-63.

<sup>421</sup> Cleveland, *supra* note 419 en général ; Citoyenneté et Immigration Canada, *Programme fédéral de santé intérimaire : résumé des prestations offertes*, 2014, en ligne : Gouvernement du Canada, Citoyenneté et Immigration Canada <<http://www.cic.gc.ca/francais/refugies/exterieur/resume-pfsi.asp>>.

analysé son obligation d'égalité et de non-discrimination. En vertu de cette obligation de *jus cogens*, le Canada se doit de respecter et de garantir les droits fondamentaux protégés dans les divers instruments conventionnels auxquels il a adhéré, et ce, sans discrimination. Nous avons également conclu que, malgré le principe de la souveraineté territoriale, le Canada ne peut adopter de traitement différentiel brimant la pleine jouissance des droits fondamentaux sur la base du statut migratoire. Les changements au PFSI de 2012 apportent un traitement distinct non seulement entre des migrants et les citoyens canadiens, mais aussi parmi certains groupes de migrants en particulier (réfugiés et demandeurs d'asile). Ce traitement distinct fait en sorte que les réfugiés et les demandeurs d'asile, une catégorie de la population étant déjà positionnée dans une situation de vulnérabilité, ne jouissent pas de son droit à l'accès aux soins de santé de façon égale par rapport aux autres personnes sous la juridiction du Canada. De ce fait, les changements apportés au PFSI en 2012 constituent un traitement distinct qui n'est pas conforme aux obligations internationales du Canada en matière de droit à la santé et de non-discrimination. Cette distinction est également contraire aux obligations relatives au droit à la santé. Notamment, ce traitement différentiel fait en sorte que l'accès aux soins de santé n'est pas protégé et mis en œuvre de façon non discriminatoire (2.2.2) et que les obligations d'accessibilité et d'acceptabilité (2.2.3) ne sont pas respectées.

### 3.5.2 Le Québec et le PFSI<sup>422</sup>

Lorsque la réforme du PFSI est entrée en vigueur en juin 2012, le gouvernement québécois a pris la décision de pallier aux coupures que les modifications fédérales ont entraînées. La province a en effet décidé de payer temporairement les frais des soins et services de santé qui n'étaient plus offerts à certains groupes de réfugiés et de demandeurs d'asile. Le gouvernement québécois n'a pas encore décidé comment elle allait gérer ces frais à long terme<sup>423</sup>. Pour l'instant, c'est la RAMQ qui est chargée du remboursement de ces coûts. Ainsi, pour les services et les soins qui sont couverts par le PFSI, les professionnels de la santé et les institutions de fourniture de soins de santé doivent continuer de soumettre les réclamations à Medavie. En cas de refus ou pour les soins qui sont officiellement non couverts par le PFSI pour des soins pour des réfugiés ou des demandeurs d'asile admissibles au PFSI et résidants au Québec, la facture peut être envoyée à la RAMQ<sup>424</sup>.

Donc, en théorie, au Québec, tous les réfugiés et demandeurs d'asile ont les mêmes droits que les détenteurs de la carte de la RAMQ en ce qui a trait à l'accès aux soins médicaux, aux soins hospitaliers et aux diagnostics<sup>425</sup>. Par ailleurs, un demandeur d'asile débouté conserve le droit de recevoir les mêmes soins de santé que

---

<sup>422</sup> Jusque dans le milieu des années 1990, le système provincial québécois couvrait les frais des soins de santé des demandeurs d'asile. Il a arrêté cette initiative en même temps que l'Ontario ce qui a fait augmenter largement les frais du PFSI. *Affaire PFSI*, *supra* note 13 au para 40.

<sup>423</sup> *Roger et Schoen*, *supra* note 415 à la p 3.

<sup>424</sup> Québec, Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), *Infolettre à l'intention des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes : Nouvelle clientèle couverte en assurance maladie – Mesures transitoires*, Infolettre 111, Québec, 10 août 2012 ; Stéphanie Marin, « Soins de santé aux réfugiés : Ottawa met en garde les provinces », *La Presse* (22 janvier 2014) en ligne : La Presse <<http://www.lapresse.ca/actualites/politique/politique-canadienne/201401/22/01-4731425-soins-de-sante-aux-refugies-ottawa-met-en-garde-les-provinces.php>>.

<sup>425</sup> À l'exception des traitements de fertilité.

tout autre demandeur d'asile ou réfugié et cela, jusqu'à la date fixée pour son renvoi<sup>426</sup>. Également, le gouvernement du Québec ne tient pas compte de l'origine des réfugiés et des demandeurs d'asile. C'est-à-dire que les individus en provenance des pays d'origine désignés ont droit aux mêmes soins et services de santé que tout autre demandeur d'asile. Cela inclut la même couverture que les détenteurs de la carte de la RAMQ notamment pour les médicaments, la réadaptation et les soins à domicile (quand le médecin a confirmé que c'était nécessaire), les soins de santé mentale (psychiatrie, liste d'attente psychothérapie, RIVO – regroupement de psychologues offrant des soins gratuits aux victimes de torture et à leur famille) et les soins périnataux (l'enfant qui naît au Canada a automatiquement la citoyenneté canadienne. Au Québec, l'enfant peut avoir une carte de la RAMQ dès qu'il a un certificat de naissance). De plus, le gouvernement du Québec a décidé, depuis 2012, de couvrir des services et des soins qui ne sont aucunement couverts par le PFSI. Notamment, les soins en matière de contraception, l'interruption volontaire de grossesse, les méthodes de stérilisation et les examens de santé préventifs sont couverts par la RAMQ pour tout réfugié ou demandeur d'asile. Les demandeurs d'asile et réfugiés prestataires de l'aide sociale ont essentiellement la même couverture que tout autre prestataire de l'aide sociale au Québec<sup>427</sup>.

Il existe cependant des différences dans l'accès aux soins de santé pour les réfugiés et demandeurs d'asile et les détenteurs de la carte de la RAMQ au Québec. Premièrement, pour avoir accès à la couverture, le demandeur d'asile doit avoir un document prouvant son éligibilité au PFSI. Ce document peut se présenter sous différentes formes. Il est émis par CIC qui reconnaît que la personne a le droit de soumettre une demande d'asile. Cependant, une fois que la demande d'asile est

<sup>426</sup> *Cleveland, supra* note 419 à la p 1.

<sup>427</sup> *Cleveland, supra* note 419 aux p 1-2 ; Québec, Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC), *Guide des services offerts aux demandeurs d'asile par le gouvernement du Québec*, Québec, Direction de l'immigration familiale et humanitaire du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, 2013, aux p 8-9 ; *RAMQ, supra* note 421.

soumise, cela peut prendre plusieurs semaines avant que l'individu reçoive la confirmation de son droit de rester au Canada et, ainsi, les documents prouvant son éligibilité. Durant cette période, un demandeur d'asile n'est donc pas couvert par le PFSI ou la RAMQ. Par ailleurs, ledit document a une durée limitée renouvelable, mais aucun avis d'expiration n'est envoyé au bénéficiaire. Les demandeurs d'asile doivent donc s'assurer de savoir quand leur document expire et faire une demande de renouvellement quelques semaines avant la date d'expiration du document (puisque le renouvellement prend de 6 à 8 semaines). Il arrive régulièrement qu'il y ait des retards dans le processus de décision d'une demande d'asile ou d'un renouvellement de délivrance des certificats<sup>428</sup>. Or, lorsque le document est expiré, l'individu n'est pas couvert par le PFSI, ni par la RAMQ. Il arrive rarement que CIC donne un effet rétroactif au document à partir du moment où la demande de renouvellement a été envoyée ou publie un document certifiant l'éligibilité au PFSI à titre urgent, et ce, en tant que procédure exceptionnelle<sup>429</sup>. Plusieurs personnes se retrouvent donc sans couverture durant plusieurs semaines en attente du renouvellement. L'accessibilité du droit à la santé (telle que décrite dans la section 2.2.3) s'en retrouve restreinte pour plusieurs migrants.

Dans un deuxième temps, le processus de facturation pour les professionnels de la santé est plus compliqué lorsque les services sont offerts aux demandeurs d'asile ou aux réfugiés que lorsqu'ils sont offerts aux détenteurs de la carte de la RAMQ<sup>430</sup>. Il est théoriquement interdit de faire payer les personnes ayant une couverture PFSI avec un document valide pour les soins de santé offerts. En effet, si les soins sont couverts, les fournisseurs des soins de santé doivent alors envoyer la facture à la Croix Bleue Médavie. Dans les autres cas, la facture doit être envoyée à la RAMQ. Il en résulte souvent que les fournisseurs de soins de santé sont confus dans

<sup>428</sup> *Affaire PFSI*, *supra* note 13 au para 145.

<sup>429</sup> *Cleveland*, *supra* note 419 aux p 1-3 ; *MICC*, *supra* note 427 à la p 8 ; *RAMQ*, *supra* note 424.

<sup>430</sup> *Munoz et Chrigwin*, *supra* note 35 aux p 35-40.

le processus de facturation. Par ailleurs, il faut parfois compter des mois avant que les fournisseurs des soins de santé se fassent rembourser dans ce contexte<sup>431</sup>. Des médecins de famille, des cliniques sans rendez-vous et des cliniques spécialisés – les médecins qui sont remboursés à l’acte – refusent fréquemment d’accepter les bénéficiaires du PFSI<sup>432</sup> en raison de la méconnaissance du programme et du fardeau administratif qu’il impose<sup>433</sup>. D’autres prestataires demandent à ces migrants de payer les services immédiatement et il peut donc être plus compliqué pour ces personnes de trouver une clinique fournissant les services demandés<sup>434</sup>. Cela réduit considérablement l’accès aux soins de santé pour les bénéficiaires du PFSI au Québec<sup>435</sup> et l’accessibilité décrite dans la section 2.3.3.

Ainsi, le Québec a pris une mesure pour diminuer les effets discriminatoires des changements au PFSI apportés par le gouvernement fédéral. Cette mesure est de couvrir les soins pour les réfugiés et demandeurs d’asile qui ne sont plus couverts par le PFSI par la RAMQ. Cependant, cette initiative est limitée. En effet, comme nous venons de le voir, des obstacles administratifs font en sorte que ces individus ne jouissent souvent pas du même accès aux soins de santé que les autres personnes résidant sur le territoire québécois. Dans la section sur les obligations du Canada à l’égard du droit à l’accès aux soins de santé (section 2.2), nous avons conclu que, afin de respecter et garantir les droits de certains groupes marginalisés de façon non discriminatoire, les lois, mesures et politiques ne doivent pas voir d’effet discriminatoire. En fait, l’État doit même adopter des mesures, des programmes et des politiques prenant en compte leurs besoins spécifiques. Il semble que, malgré l’intention du gouvernement du Québec de pallier aux coupures du PFSI, certains

---

<sup>431</sup> *Ibid.*

<sup>432</sup> Ce qui semble par ailleurs aller à l’encontre du Code déontologique des médecins tel que décrit dans la section 3.1 de la recherche.

<sup>433</sup> *Munoz et Chirgwin, supra* note 35 aux p 35-40.

<sup>434</sup> *Cleveland, supra* note 419 aux p 5-9 ; *RAMQ, supra* note 424 ; *Affaire PFSI, supra* note 13 aux paras 133-139 ; *Miedema, Hamilton et Easley, supra* note 41 aux p 338-339.

<sup>435</sup> *Roger et Schoen, supra* note 415 à la p 3.



réfugiés et demandeurs d'asile vivent encore une différence de traitement dans leur droit à l'accès aux soins de santé. Cette différence de traitement est due aux complications administratives engendrées par leur statut migratoire et n'est donc pas conforme aux obligations internationales à l'égard du droit à la santé et à la non-discrimination. Les mesures québécoises ne parviennent donc pas à éliminer, sur le territoire québécois, les manquements du gouvernement fédéral quant à ses obligations en matière de droit à la santé de façon non discriminatoire à l'égard des migrants.

Nous allons maintenant analyser, dans la section 3.5.3, si ce traitement distinct à l'égard des réfugiés et des demandeurs d'asile a des conséquences spécifiques sur les femmes dans leur accès aux soins de santé.

### 3.5.3 Les impacts particuliers des changements au PFSI pour les femmes

En analysant les changements qui ont été apportés au PFSI le 30 juin 2012, il nous est possible d'identifier certaines conséquences particulières pour les femmes réfugiées et demandeuses d'asile, surtout pour ces dernières et celles provenant des pays d'origine désignés<sup>436</sup>. Pour les femmes ayant accès à la couverture élargie des soins de santé, les changements n'ont probablement pas eu de répercussions négatives sur leur accès aux soins de santé et, incidemment, sur l'état de santé. Toutefois, il demeure que, pour tous les demandeurs d'asile, il n'est pas rare qu'ils aient de la difficulté à obtenir les soins nécessaires en raison de la méconnaissance du PFSI ainsi qu'en raison des nombreux obstacles administratifs<sup>437</sup>. Cependant, les personnes

---

<sup>436</sup> *Ibid* à la p 2.

<sup>437</sup> *Munoz et Chirgwin, supra* note 35 à la p 35-36.

ayant accès à la couverture des soins de santé et les personnes ayant accès à la couverture des soins de santé pour la santé et la sécurité publiques ne sont plus couvertes pour les traitements préventifs (à moins qu'ils visent à déceler une maladie mettant en danger la santé ou la sécurité publique). Parmi ces traitements préventifs, la mammographie ou le test PAP sont, tel que vu précédemment, très importants pour les femmes pour la détection de certains cancers et leur traitement. Elles n'ont également pas de couverture pour les blessures ne représentant pas de danger pour leur vie ou une fonction vitale. On peut en déduire que les femmes victimes de violence, y compris de violence sexuelle, auront moins tendance à aller consulter un médecin, puisqu'il est possible qu'il n'y ait pas de blessure grave et qu'elles doivent payer les frais de la visite médicale.

Pour les femmes ayant accès à la couverture des soins de santé, une grande partie des soins entourant la grossesse et l'accouchement sont couverts<sup>438</sup>. Cependant, pour les femmes demandeuses d'asile provenant d'un pays d'origine désigné, « [c]es modifications ont [...] pour conséquence que les soins prénataux, obstétricaux et pédiatriques de base [...] ne sont plus financés »<sup>439</sup>. Selon la Cour fédérale, la situation de l'accès aux soins de santé pour certaines femmes enceintes est préoccupante. Notamment, les femmes enceintes sont prises en charge par un obstétricien pour une durée définie (environ 9 mois en général). L'admissibilité de la patiente au PFSI peut changer à plusieurs reprises durant cette période de temps suivant le processus de demande d'asile et de détermination du statut de réfugié. De plus, un pays peut être ajouté à n'importe quel moment à la liste des pays d'origine désignés. De ce fait, de plus en plus d'obstétriciens sont réticents à prendre en charge une patiente bénéficiant actuellement du PFSI, toutes catégories confondues

---

<sup>438</sup> *Citoyenneté et Immigration Canada*, *supra* note 416.

<sup>439</sup> *Affaire PFSI*, *supra* note 13 au para 3.

puisqu'ils ignorent si elle sera couverte par le PFSI tout au long de la grossesse<sup>440</sup>. De plus, les procédures administratives pour le remboursement peuvent devenir particulièrement compliquées pour les médecins<sup>441</sup>. Dans l'affaire PFSI, un exemple concret fut illustré par une sage-femme travaillant auprès des demandeurs d'asile à Toronto exposant le cas d'une de ses patientes provenant du Mexique, un pays d'origine désigné. La patiente, enceinte, voulait faire une préinscription pour son accouchement et s'est fait expliquer qu'elle devrait payer à l'avance les frais d'hôpitaux montant à 2 600\$ par jour. Elle a donc décidé de prévoir un accouchement à la maison. Finalement, comme sa demande d'asile avait été faite avant le 15 décembre 2012, elle aurait dû avoir accès la couverture de ces services. Le cas démontre cependant des difficultés que les femmes enceintes ayant seulement accès à la couverture des soins de santé pour la santé et la sécurité publiques peuvent rencontrer. Cela démontre également des difficultés vécues par ces femmes dans le système afin de comprendre qui a droit à quoi depuis les changements du PFSI<sup>442</sup> :

En ayant apporté les modifications au Programme fédéral de santé intérimaire en 2012, l'exécutif a délibérément cherché à compliquer encore plus les choses pour ces personnes défavorisées dans le but d'encourager les personnes venues au Canada afin d'y demander sa protection à quitter le pays plus rapidement et de dissuader les autres de venir au Canada<sup>443</sup>.

Par ailleurs, les soins et les médications ayant pour but de traiter des troubles psychologiques, pour plusieurs catégories de personnes bénéficiaires du PFSI, ne sont couverts que s'ils représentent un danger pour la sécurité publique, donc un danger pour autrui que la personne malade. C'est important lorsque l'on considère les

---

<sup>440</sup> « Le médecin qui a examiné, investigué ou traité un patient est responsable d'assurer le suivi médical requis par l'état du patient, à la suite de son intervention, à moins de s'être assuré qu'un confrère ou un autre professionnel puisse le faire à sa place ». *Code de déontologie des médecins*, *supra* note 356 à l'article 32.

<sup>441</sup> *Affaire PFSI*, *supra* note 13 aux paras 146-147.

<sup>442</sup> *Ibid* aux paras 247-249.

<sup>443</sup> *Ibid* au para 10.

expériences que les femmes demandeuses d'asile vivent dans le pays d'origine et durant le processus de migration tel que le viol, l'excision, la violence, etc. Non seulement elles sont donc susceptibles d'arriver au Canada avec des chocs traumatiques, mais en plus, l'expérience d'intégration au Canada est généralement assez difficile et impose de l'incertitude, de l'anxiété et une baisse d'estime personnelle. Dans l'affaire PFSI, on expose que la recherche de prestataires de soins de santé offrant des services aux bénéficiaires du PFSI et les difficultés associées sont également source de stress et de détresse psychologique, surtout lorsqu'un problème grave de santé est décelé<sup>444</sup>. Dans cette affaire, on donne comme exemple fictif, mais près de la réalité de nombreuses femmes demandeuses d'asile :

[Une] jeune fille qui provient d'un POD qui a été traumatisée par la violence sexuelle ou la violence liée aux gangs dans son pays d'origine n'aurait droit à aucune couverture d'assurance maladie quant à des soins de santé mentale, quels qu'ils soient, si elle devient suicidaire, car des soins médicaux ne sont pas dispensés à l'enfant dont la santé mentale ne constitue un risque pour lui-même<sup>445</sup>.

Par ailleurs, nous avons déjà exposé que les femmes réfugiées et les femmes dont le statut migratoire est instable ont plus tendance à faire des dépressions post-partum. Troubles pour lesquels une bonne partie d'entre elles, en vertu des changements du PFSI, n'auront pas de couverture si elles veulent être soignées.

Dans cette affaire, on explique également que, de façon générale, les modifications au PFSI ont certainement des conséquences négatives sur la santé des personnes concernées. Notamment, une opinion d'expert faite par un médecin rapporte qu'il y a eu plusieurs études confirmant que certaines catégories de la population, dont les personnes pauvres sans assurance maladie provinciale ont moins

---

<sup>444</sup> *Ibid* aux paras 234-239-263.

<sup>445</sup> *Ibid* au para 652.

tendance à chercher à obtenir des soins médicaux surtout pour les services de soins de santé primaires. Cela a des effets néfastes sur la santé de ces personnes qui laissent des problèmes s'aggraver jusqu'au moment où il devient trop important et où elles vont à l'hôpital ou à l'urgence<sup>446</sup>. Nous avons vu que les femmes immigrantes au Canada ont déjà peu tendance à consulter les services de soins de santé pour certains problèmes par crainte. Les changements au PFSI sont donc susceptibles d'empirer cet état des choses.

En somme, il est clair que les changements apportés au PFSI en 2012 et le *Décret concernant le Programme fédéral de santé intérimaire* sont des politiques apportant un traitement différentiel à l'égard du droit à l'accès aux soins de santé fondé sur le statut migratoire et l'origine nationale. Ce traitement différentiel n'est pas conforme aux obligations du Canada en matière de droit à la santé et de non-discrimination puisqu'il brime la pleine jouissance de ce droit pour certains migrants. Dans la section sur les obligations du Canada à l'égard du droit à la santé pour les femmes migrantes (section 2.4), nous avons vu que les États doivent prendre en compte les besoins sexospécifiques des femmes en matière de santé dans leurs lois, politiques, programmes et autres mesures. Les changements apportés au PFSI en 2012 ainsi que les nouvelles mesures concernant les pays d'origine désignés ne contiennent pas de dispositions entraînant expressément un traitement différentiel pour les femmes. Par contre, ils ne prennent pas en compte ces besoins spécifiques notamment en matière de santé génésique et maternelle, en matière de soins préventifs à l'égard de certains cancers dont le cancer du sein et le cancer de l'utérus et en matière de santé mentale. Il semble donc qu'il résulte de ces politiques un traitement différentiel à l'égard des réfugiés et des demandeurs d'asile qui ont des effets discriminatoires particuliers pour les femmes. Les lois et mesures canadiennes

---

<sup>446</sup> *Ibid* aux paras 149-150.

et québécoises ont donc un effet discriminatoire pour les femmes migrantes dans leur accès aux soins de santé et dans la prise en compte de leurs besoins sexospécifiques.

## CONCLUSION

Tel qu'expliqué dans l'introduction, le but de cette recherche était de répondre à la question suivante : quel est l'état de la protection du droit à la santé des femmes migrantes au Canada en relation avec ses engagements internationaux et la protection du droit à la santé des femmes migrantes dans le système international de protection des droits humains? Il nous semblait évident que le Canada et le Québec ne se seraient pas dotés de normes discriminant les femmes immigrantes, que ce soit en vertu de leur genre ou leur statut de migrantes. Notre hypothèse était plutôt que les législations en matière de santé, se voulant neutres et objectives, manqueraient de prendre en compte les besoins particuliers de certains groupes en situation de marginalisation sous sa juridiction, dont les migrants et les femmes migrantes. Il nous semblait également que cela pourrait mener à l'élaboration de programmes et de politiques de santé ou d'immigration ayant des effets discriminatoires à l'égard des migrants par rapport aux autres personnes sous la juridiction des gouvernements fédéral et provincial. Cela pourrait avoir des effets spécifiques sur les femmes migrantes et leurs besoins en matière de santé.

Dans le premier chapitre, nous avons expliqué pourquoi il était pertinent d'étudier le droit à la santé des femmes immigrantes au Canada à travers l'approche intersectionnelle. Il a été établi que ces femmes vivent des situations où plusieurs aspects identitaires et motifs de discriminations se rencontrent et créent une forme de marginalisation spécifique. Nous avons d'ailleurs vu qu'elles étaient susceptibles de se trouver dans une position de vulnérabilité en matière de santé qui était une conséquence de la rencontre de leur situation particulière. De plus, nous pensons que l'approche intersectionnelle a été pertinente tout au long de cette recherche. En effet, au second chapitre, nous avons vu que l'étude des droits des femmes migrantes ne

pouvait se faire avec un instrument unique de protection des droits de la personne. Elle devait plutôt être approchée à l'aide d'une utilisation intersectionnelle de différents éléments. Également, nous avons observé au troisième chapitre que le droit à la santé des femmes immigrantes au Canada se trouvait à la rencontre de plusieurs domaines et sources de pouvoir, dont la santé et l'immigration et le fédéral et le provincial.

Dans le deuxième chapitre, nous avons vu que les obligations des États relatives au droit à la santé des femmes immigrantes dépendent beaucoup de la prise en compte des besoins sexospécifiques des femmes. Cependant, elles reposent aussi sur la reconnaissance de l'hétérogénéité des femmes et de leurs besoins. Également, les obligations d'égalité et de non-discrimination se sont montrées révélatrices. En effet, nous avons conclu que le Canada ne pouvait utiliser le principe de la souveraineté territoriale pour adopter un traitement différentiel à l'égard des migrants, et ce, pour tous les droits garantis dans les instruments qu'il a ratifiés. Également, le principe de mise en œuvre de façon progressive selon les ressources disponibles ne permet pas au Canada et au Québec d'adopter un traitement différentiel. La non-discrimination demeure une obligation immédiate à l'égard de tous les droits économiques, sociaux et culturels (section 2.2.1). Nous en sommes également venus à la conclusion que les principes d'égalité et de non-discrimination n'obligent pas seulement les États à adopter des normes et des mesures neutres. En effet, ils doivent développer des législations et les politiques considérant les besoins particuliers des populations marginalisées sous sa juridiction, dont les migrants (section 2.2.4). Ainsi, le Canada et le Québec<sup>447</sup> doivent s'assurer que les migrants sur son territoire puissent jouir pleinement du droit à la santé, et ce, au même titre que les autres membres de la société. Cela veut dire qu'ils doivent pouvoir jouir du meilleur état de santé physique

---

<sup>447</sup> Puisque dans l'introduction du chapitre 3 nous avons conclu que les engagements internationaux du Canada imposent des obligations aux provinces, particulièrement pour les pouvoirs qui, en vertu de la Loi constitutionnelle canadienne, leurs reviennent.



et mental possible d'être atteint et avoir accès à des services de soins de santé et aux déterminants fondamentaux de la santé (sections 2.1.1 et 2.2). Également, pour que les femmes jouissent d'un accès égal au droit à la santé, les aspects sexospécifiques (biologiques, économiques, sociaux et politiques) doivent être reconnus et pris en compte dans les normes et les politiques nationales. Parmi ces aspects sexospécifiques, on retrouve notamment la reconnaissance de la violence à l'égard des femmes comme une violation des droits humains et de l'intégralité de la santé sexuelle et reproductive (section 2.1.2). Il est d'ailleurs nécessaire que le Canada et le Québec reconnaissent que les migrations, ainsi que plusieurs discriminations qui en découlent<sup>448</sup>, peuvent être vécues différemment par les femmes que par les hommes et que cela entraîne des problèmes et des besoins spécifiques (section 2.1.3). Le Canada et le Québec doivent ainsi respecter, protéger et mettre en œuvre le droit à la santé des individus sous sa juridiction, dont les femmes migrantes (section 2.2.2). Les soins de santé doivent être fournis en toute disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité. Notamment, les soins doivent être accessibles pour tous, et ce, sans discrimination et ils doivent être acceptables et appropriés sur le plan culturel des minorités et des communautés (section 2.2.3). Finalement, le Canada et le Québec ne peuvent adopter de traitement différentiel à l'égard des migrants qui pourrait nuire à la pleine jouissance des droits protégés dans les instruments ratifiés par le gouvernement fédéral, dont en matière de droit à la santé et d'accès aux soins de santé. En fait, ils doivent même s'assurer que les lois, les normes, les politiques et autres mesures en matière de santé prennent en compte les besoins spécifiques des groupes marginalisés sous sa juridiction, dont les migrants et les femmes migrantes (section 2.2.4).

Au troisième et dernier chapitre, nous avons d'abord spécifié que l'analyse se limiterait à l'étude des femmes réfugiées et demandeuses d'asile, dans les législations canadiennes et québécoises et à l'égard de l'accès aux soins de santé (et non des

---

<sup>448</sup> Les discriminations raciales, par exemple.

déterminants fondamentaux de la santé). Nous avons donc analysé les lois fédérales et provinciales en matière de santé (section 3.1), d'immigration (section 3.2) et de non-discrimination (section 3.3). Nous avons ensuite découvert des limites et des faiblesses de ces législations à l'égard du droit à l'accès aux soins de santé des migrants et des femmes migrantes (section 3.4). Nous avons d'abord établi que notre recherche ne consistait pas à savoir si les normes canadiennes et québécoises permettaient un traitement distinct entre les hommes et les femmes qui brimerait la jouissance du droit à la santé des uns ou des autres. En effet, il nous semblait plutôt évident que, au 21<sup>e</sup> siècle, l'égalité juridique entre les hommes et les femmes est établie au Canada. Il ne serait pas accepté d'adopter des lois ou des mesures discriminant les femmes dans la jouissance de leurs droits humains. Nous avons donc précisé que nous cherchions plutôt à savoir si les normes fédérales et provinciales permettaient un traitement différentiel à l'égard des migrants ou de certains migrants. Nous voulions également savoir si cela pouvait avoir des conséquences particulières sur les femmes migrantes dans leur accès aux soins de santé.

Une première insuffisance des lois canadiennes et québécoises est alors apparue : aucune disposition ne demande de prendre en compte, dans l'adoption des mesures et des programmes, les problèmes et les besoins spécifiques des migrants et migrantes. Également, aucune disposition relative aux immigrants et immigrantes ne mentionne l'importance, dans leur intégration, de s'assurer d'un accès égal à plusieurs droits, dont celui à l'accès aux soins de santé. Par ailleurs, il n'est pas non plus reconnu que l'expérience migratoire peut être vécue différemment par les femmes que par les hommes et que cela génère des besoins spécifiques. Aucune des normes relatives à la non-discrimination analysées ne considère le statut migratoire comme un motif illicite de discrimination et la jurisprudence à cet égard n'encourage pas une telle interprétation. Nous avons conclu que cela créait un vide législatif à l'égard de la prise en compte des migrants en matière de santé qui n'était pas

conforme à l'obligation internationale de non-discrimination (telle que décrite dans la section 2.2.4).

Nous en sommes également venus à la conclusion plus générale que les normes canadiennes et québécoises ne garantissent pas un droit à la santé justiciable. En effet, les textes protégeant différents droits humains et libertés fondamentales ne contiennent pas de disposition expressément relative au droit à la santé. Par ailleurs, la jurisprudence à cet égard tend à affirmer que la loi canadienne ne va pas jusqu'à créer un droit de la personne protégeant un accès minimum aux soins de santé pour les ressortissants étrangers (section 3.4). Il serait donc difficile pour un migrant ou une migrante de prétendre à une violation à l'égard de son droit à la santé, même en vertu de la non-discrimination. Cela n'est pas être conforme avec les obligations découlant du droit à la santé tel que défini à l'article 12 du PIDESC.

Nous nous sommes ensuite penchés sur le Québec en commençant par préciser que le système fédéral canadien compliquait la mise en œuvre de divers droits fondamentaux et obligations internationales du Canada. En effet, les tribunaux provinciaux semblent donner systématiquement une interprétation de la Charte canadienne excluant certains droits protégés par le Pacte, dont le droit à la santé. Le droit à la santé fait justement partie des droits protégés par le PIDESC qui ne sont pas garantis dans la Charte québécoise des droits et libertés de la personne. Plus concrètement, le gouvernement Québécoise semble avoir adopté une orientation qui tend à limiter l'accès aux soins de santé des migrants. Par exemple, la mesure adoptée en 2001 imposant un délai de carence de trois mois aux nouveaux arrivants avant d'avoir accès à la couverture de la RAMQ est considérée comme contraire à la Charte canadienne des droits et libertés. Également, le projet de loi 10 du ministre de la Santé pourrait avoir comme conséquence de diminuer la prise en compte des besoins

spécifiques de certains groupes de la population en matière de santé, dont les migrants et les migrantes.

Nous avons donc conclu que les législations fédérales et provinciales n'étaient pas conformes à leurs obligations d'égalité et de non-discrimination à l'égard des migrants en matière d'accès aux soins de santé. En effet, aucune disposition ne garantit la reconnaissance des besoins spécifiques de cette population. De ce fait, la protection et la mise en œuvre d'une jouissance égale du droit à l'accès aux soins de santé pour les migrants et migrantes telles que décrites dans la section 2.2.2 ne sont pas respectées. Cela crée un système qui ne répond pas aux besoins de cette catégorie de la population.

Nous avons analysé les textes législatifs canadiens et québécois à l'égard de la santé, de l'immigration et de la non-discrimination. Il s'ensuit qu'il n'existe pas de dispositions directement discriminatoires ou imposant un fardeau particulier sur les femmes immigrantes plus que sur leurs homologues masculins ou les femmes citoyennes canadiennes. Cependant, il existe de nombreuses failles relatives au droit à la santé de ces femmes. Premièrement, tel qu'indiqué par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, le droit à la santé n'est pas protégé en tant que droit fondamental au Canada ou au Québec. Il n'est notamment pas protégé par les chartes des droits humains et des libertés. De plus, aucune loi ne permet de rendre le droit à la santé justiciable de façon à ce qu'un individu puisse faire une plainte en vertu d'un tel droit ou d'un tel instrument au Canada ou au Québec. C'est un état de fait qui a notamment été confirmé par la Cour suprême dans divers jugements. Celle-ci a en effet affirmé que l'article 7 de la Charte n'était susceptible de concerner l'accès aux soins de santé que sous certaines conditions limitées. Évidemment, il ne s'agit pas d'une faiblesse limitant le droit à la santé seulement pour les femmes immigrantes, mais bien pour toute la population. Également, le Canada a plusieurs

fois réitéré que ses engagements internationaux ne font pas état de loi tant qu'ils ne sont pas intégrés dans les lois fédérales ou provinciales et qu'un individu ne peut donc pas porter plainte argumentant ces obligations si elles ne sont pas encore mises en œuvre dans la législation interne. Le Canada et ses provinces ne visent donc pas à développer le droit à la santé tel que défini par ses obligations internationales dans leur législation et processus juridique. En effet, l'interprétation de la Charte par les cours juridiques limite l'utilisation de celle-ci pour la protection de ce droit. Malgré le fait que le Canada ait développé de nombreux programmes et politiques pour que la majorité de la population ait accès aux soins de santé, notamment par la LCS et l'universalisation et la gratuité des soins de santé, la mise en œuvre du droit à la santé par l'adoption de mesures législatives est clairement insuffisante.

D'un point de vue plus spécifique à l'égard des immigrants, les Chartes canadienne et québécoise sont limitées par rapport à la non-discrimination. En effet, elles contiennent des listes qui n'indiquent pas comme motif interdit de discrimination le statut d'immigrant ou d'étranger ou de disposition affirmant que ces listes ne sont pas exhaustives tel que le fait le PIDESC : « ainsi que tout autre motif ».

Il convient alors de se poser la question suivante : quel est le rôle du droit canadien et québécois dans la condition d'oppression dans laquelle sont maintenant les femmes réfugiées et demandeuses d'asile dans leur cheminement dans les systèmes de santé canadien? Considérant le vide juridique expliqué ci-dessus, il nous est possible d'affirmer que les normes canadiennes et québécoises contribuent au statu quo. C'est-à-dire qu'aucune mesure n'est prise concrètement, sur un point de vue légal, pour assurer aux femmes réfugiées et demandeuses d'asile de jouir pleinement du droit à la santé qui est conféré à tous dans les divers instruments ratifiés par le Canada. Aucun instrument ne tient en compte leurs besoins spécifiques

auxquels il faudrait impérativement répondre pour qu'elles jouissent du droit à la santé au même titre que les autres personnes résidant sur le territoire canadien.

Dans la section 3.5, nous avons étudié le cas synthèse du Programme fédéral de santé intérimaire. Cela nous a permis de comprendre comment les insuffisances des législations canadiennes et québécoises permettaient d'adopter un traitement distinct à l'égard de certains migrants en matière d'accès aux soins de santé. En analysant les changements au PFSI qui ont eu lieu en 2012 et l'adoption d'une liste de pays d'origine désignés, nous avons conclu qu'il y a une différenciation de couverture des soins de santé en vertu du statut migratoire et de l'origine nationale. Cette différence de traitement a des conséquences sur l'accès aux soins de santé et brime donc le droit à la santé de certains migrants. En effet, ce traitement distinct fait en sorte que les réfugiés et les demandeurs d'asile, une catégorie de la population étant déjà marginalisée, ne jouissent pas de leur droit à l'accès aux soins de santé de façon égale par rapport aux autres personnes sous la juridiction du Canada. Nous avons donc conclu que le PFSI, en vertu des changements adoptés en 2012, engendre un traitement distinct qui va à l'encontre des obligations internationales du Canada en matière de droit à la santé et de non-discrimination.

Également, nous avons conclu que le Québec, malgré des efforts pour pallier aux coupures faites par le gouvernement fédéral avec les modifications du PFSI, n'élimine pas l'existence d'un traitement distinct à l'égard des migrants. En effet, l'accessibilité aux soins de santé des migrants est restreinte par la complexité administrative de la couverture des soins de santé, partagée entre le PFSI et la RAMQ.

Cette distinction est faite à l'égard de l'origine nationale et à l'égard du statut d'immigration et il n'y a pas de distinction directe faite à l'égard des femmes

réfugiées et demandeuses d'asile. Cependant, nous avons vu dans la section 3.5 que la couverture limitée des soins de santé pour plusieurs catégories de réfugiés et demandeurs d'asile a des conséquences particulières pour les femmes. Notamment des impacts sur la santé sexuelle et reproductive, sur tous les soins médicaux relatifs à la prévention telle que la mammographie et sur les soins médicaux relatifs aux troubles de santé mentale telle que la dépression post-partum. Les changements apportés au PFSI démontrent que l'on ne tient pas compte des besoins sexospécifiques des femmes réfugiées et demandeuses d'asile, notamment en matière de maternité. Ces obstacles demeurent présents au Québec où le fardeau administratif imposé aux fournisseurs de soins de santé pour les soins administrés aux bénéficiaires du PFSI les encourage à refuser de soigner cette population. Nous avons donc conclu que le PFSI, le *Décret concernant le Programme fédéral de santé intérimaire*, et d'autres mesures en découlant résultent en un traitement différentiel à l'égard des réfugiés et des demandeurs d'asile. Ces mesures ont un effet discriminatoire particulier pour les femmes réfugiées et demandeurs d'asile dans leur accès aux soins de santé et dans la prise en compte de leurs besoins sexospécifiques.

Si nous reposons ici la question suivante : quel est le rôle du droit canadien et québécois dans la condition d'oppression dans laquelle sont maintenant les femmes réfugiées et demandeuses d'asile dans leur cheminement dans les systèmes de santé canadien ? À la lumière des informations sur le PFSI, il nous faut répondre que l'état du droit est insuffisant puisque le gouvernement canadien considère pouvoir adopter un programme ayant des effets discriminatoires.

Finalement, nous tenons à aborder les récentes nouvelles à l'égard du Programme fédéral de santé intérimaire. Dans l'Affaire PFSI, qui date de l'été 2014, la Cour fédérale a conclu que le PFSI, en vertu des changements de 2012

viole l'article 15 de la Charte parce qu'il prévoit, pour les demandeurs d'asile provenant de POD, un niveau de couverture de soins de santé inférieur à celui qui est prévu pour les demandeurs d'asile qui ne proviennent pas de POD. Cette décision repose sur l'origine nationale des demandeurs d'asile et ne fait pas partie d'un programme améliorateur. Elle repose en outre sur des stéréotypes et contribue à perpétuer le désavantage dont souffrent les membres d'un groupe reconnu comme étant vulnérable, pauvre et défavorisé<sup>449</sup>.

Elle a donc demandé au gouvernement de rétablir le PFSI de façon à ce qu'il ne génère pas de traitement distinct en vertu de l'origine nationale. Cependant, la Cour n'a pas pu en venir à la conclusion que le PFSI viole l'article 15(1) de la Charte en faisant une distinction entre les individus en vertu de leur statut migratoire puisque « le « statut d'immigration » ne peut pas être considéré comme étant un motif analogue à ceux énoncés au paragraphe 15(1) »<sup>450</sup>. Ainsi, bien que nous nous réjouissons de la décision de la Cour, ses conclusions ne permettent pas de prétendre que la législation canadienne ne permet pas de traitement différentiel à l'égard des migrants et des migrantes ou de certains d'entre eux en particulier. Également, bien que le gouvernement ait apporté les changements demandés par la Cour en novembre 2014, il conteste toujours cette décision. Il continue d'avoir une attitude tendant à restreindre plusieurs bénéfices pour les réfugiés et les demandeurs d'asile, dont les soins de santé. Il considère notamment que le retour du PFSI à ce qu'il était avant les changements de 2012 est une mesure temporaire.

---

<sup>449</sup> *Affaire PFSI*, *supra* note 13 au para 1081.

<sup>450</sup> *Affaire PFSI*, *supra* note 13 au para 1083.



## ANNEXE A

### LES TYPES DE COUVERTURE OFFERTS PAR PROGRAMME FÉDÉRAL DE SANTÉ INTÉrimAIRE DEPUIS 2012<sup>13</sup>

Type de couverture PFSI	Pour qui?	Ce qui est couvert
Couverture élargie des soins de santé	Les réfugiés pris en charge par l'État et les victimes de la traite de personnes.	Durant les premiers 12 mois : tous les soins médicaux, presque tous les soins diagnostiques, tous les médicaments, les soins dentaires et oculaires de base, et certains soins complémentaires dont la psychothérapie et la physiothérapie (selon autorisation). Ce sont presque exactement les mêmes soins qui étaient couverts pour tous par le PFSI avant les changements de 2012.
Couverture soins de santé	Les réfugiés parrainés par le secteur privé, les demandeurs d'asile ne provenant PAS d'un pays d'origine désigné et les demandeurs d'asile refusés jusqu'au rejet définitif de l'appel.	Tous les soins médicaux, diagnostiques et hospitaliers à l'exception des chirurgies facultatives, la stérilisation, la réadaptation, les soins à domicile et les soins de longue durée. Aucun médicament et vaccin n'est couvert sauf ceux pour les 35 maladies faisant partie de la liste des maladies contagieuses constituant un risque pour la sécurité publique. Les médicaments pour des troubles mentaux constituant un risque pour la sécurité publique (certaines psychoses, par exemple) sont également couverts. En cas d'hospitalisation, les personnes couvertes auront un montant forfaitaire par jour, mais pourrons avoir une différence à payer de leurs poches. Finalement, aucun soin offert par des professionnels de la santé qui ne sont pas des médecins n'est couvert. Par exemple, les soins dentaires, la physiothérapie et la

<sup>13</sup> Pour les informations figurant dans ce tableau, voir *Cleveland*, *supra* note 416 et *Citoyenneté et Immigration Canada*, *supra* note 416.

		psychothérapie ne sont pas couverts.
Couverture santé et sécurité publiques	Les demandeurs d'asile provenant d'un pays figurant sur la liste des pays d'origine désignés et arrivés au Canada après le 15 décembre 2012 et les demandeurs d'asile refusés lorsque tous les appels ont été épuisés et que le rejet est définitif jusqu'à la date du renvoi.	Aucun soin médical, aucun médicament et aucun vaccin n'est couvert à l'exception des traitements pour les maladies et les problèmes de santé mentale causant un danger pour la santé et la sécurité publique.

## BIBLIOGRAPHIE

### Monographies

Agnew, Vijay, dir. *Racialized Migrant Women in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 2009, 329.

Code, Lorraine. *Encyclopedia of Feminist Theories*, New York, Routledge, 2000.

Digumarti Bhaskara Rao, *Education For All : Issues and Trends*, New Dehli, APH Publishing Corporation, 2007.

Grewal, Inderpal et Kaplan, Caren. *Scattered Hegemonies*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 1994, 261.

Murthy, Padmini et Smith, Clyde Lanford. *Women's Global Health and Human Rights*, Sudbury, Jones and Bartlett Publishers, 2010, 556.

Peters, Julie et Wolper, Andrea, dir. *Women's rights, human rights*, New York, Routledge, 1995, 366.

Reilly, Niamh. *Women's Human Rights*, Cambridge, Polity Press, 2009.

Schwarz, Henri et Ray, Sangeeta. *A Companion to Postcolonial Studies*, Malden, Blackwell Publishing, 2000, 624.

Spitzer, Denise L. *Engendering Migrant Health*, Toronto, University of Toronto Press, 2011, 320.

### Périodiques

Bierman, Arlene S., Ahmad, Farah et Mawani, Farah N. « Gender, Migration, and Health » dans Vijay Agnew, dir, *Racialized Migrant Women in Canada*, Toronto, Toronto University Press, 2009, 329.

Bond, Johanna E. « International Intersectionality : A Theoretical and Pragmatic Exploration of Women's International Human Rights Violations » (2003) 52 Emory L.J. 71.

Bosset, Pierre. « Les droits économiques et sociaux : parents pauvres de la Charte? », dans Pierre Bosset, dir, *Après 25 ans : La Charte québécoise des droits et libertés (volume 2, Études)*, Montréal, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.

Bunch, Charlotte. « Transforming Human Rights from a Feminist Perspective » dans Julie Peters et Andrea Wolpers, dir, *Women's rights, human rights*, New York, Routledge, 1995, 366.

Caulford, Paul et D'Andrade, Jennifer. « Soins de santé pour les immigrants et les réfugiés sans assurance médicale au Canada », en ligne : (2012) 58 Canadian Family Physician <<http://www.cfp.ca/content/58/7/e362.full>>.

Caulford, Paul et Vali, Yasmine. « Providing health care to medically uninsured immigrants and refugees » (2006) 174 CMAJ 1253.

Chapman, Audrey R. « Monitoring Women's Right to Health Under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights » (1994-1995) 44 Am. U. L. Rev. 1157.

Chatzistavrou, Filippa. « L'usage du *soft law* dans le système juridique international et ses implications sémantiques et pratiques sur la notion de règle de droit » en ligne : (2005) 15 Le Portique < <http://leportique.revues.org/591#tocto1n3>>.

Charlesworth, Hilary. « The Hidden Gender of International Law » (2002) 16 Temp. Int'l & Comp. L.J. 93.

Charlesworth, Hilary. « Human Rights as Men's Rights » dans Julie Peters et Andrea Wolpers, dir, *Women's rights, human rights*, New York, Routledge, 1995, 366.

Charlesworth, Hilary, Chinkin, Christine et Wright, Shelley. « Feminist Approaches to International Law » (1991) 85 Am. J. Int'l L. 613.

Choudhry, UK et Srivastava, R. « Breast cancer detection practices of south Asian women : knowledge, attitude and beliefs » (1998) 25(10) Oncology Nursing Forum 1693.

Clarkson, May. « La santé des immigrants récents au Québec : une intégration à adapter et à parfaire » (2005) Santé, société et solidarité 121.

Cole, Phillip. « Migration and the Human Right to Health » (2009) 18 Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 70.

Coomaraswamy, Radhika. « Identity Within : Cultural Relativism, Minority Rights and the Empowerment of Women » (2002-2003) 34 Geo. Wash. Int'l L. Rev. 483.

Crenshaw, Kimberlé. « Demarginalizing the Intersection of Race and Sex : A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics » (1989) U. Chi. Legal F. 139.

Crenshaw, Kimberlé. « Mapping the Margins : Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color » (1990-1991) 43 Stan. L. Rev. 1241.

Crooms, Lisa A. « Indivisible Rights and Intersectional Identities or, “ What Do Women’s Human Rights Have to Do with the Race Convention ? ” » (1996-1997) 40 Howard L.J. 619.

D'Aoust, Anne-Marie. « Les approches féministes » dans Alex Macloed et Dan O'Meara, dir, *Théories des relations internationales*, Montréal, Athéna Éditions, 2010, 661.

Dauvergne, Catherine. « How the Charter Has Failed Non-Citizens in Canada : Reviewing Thirty Years of Supreme Court of Canada Jurisprudence » (2013) 58 McGill L. J. 663.

De Pauw, Marijke. « Women’s rights : from bad to worse ? Assessing the evolution of incompatible réservations to the CEDAW Convention » (2013) 29 Merkourios 51.

Dempsey, Reilly Anne et Mason Meier, Benjamin. « Going Negative : How Reproductive Rights Discourse Has Been Altered from a Positive to a Negative Rights Framework in Support of Women’s Rights » dans Padmini Murthy et Clyde Landford Smith, dir, *Women’s Global Health and Human Rights*, Sudbury, Jones and Bartlett Publishers, 2010, 556.

Dongier, Pierre, Kiolet, Manon et Ledoux, Isabelle. « La santé mentale des immigrants » (2007) 42 Le Médecin du Québec 33.

Fourcory, Jean L. « A Woman’s Sexuality » dans Padmini Murthy et Clyde Landford Smith, dir, *Women’s Global Health and Human Rights*, Sudbury, Jones and Bartlett Publishers, 2010, 556.

Fowler, Nancy. « Providing primary health care to immigrants and refugees : the North Hamilton experience » (1998) 159 JAMC 388.

Friesen, Tamara. « The Right to Health Care » (2001) 9 Health Law Journal 205.

Goldberg, Pamela. « Women, Health and Human Rights » (1997) 9 Pace Int'l L. Rev. 271.

González Martínez, Aida. « Human Rights of Women » (2001) 5 Wash. U.J.L. & P. 157.

Granger, Eugénie. « La santé de la femme nouvellement arrivée » (2007) 42 Le Médecin du Québec 73.

Grewal, Inderpal et Kaplan, Caren. « Introduction : Transnational Feminist Practices an Questions of Postmodernity » dans Inderpal Grewal et Caren Kaplan, *Scattered Hegemonies*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 1994, 261.

Grillo, Trina. « Anti-Essentialism and Intersectionality : Tools to Dismantle the Master's House » (1995) 10 Berkeley Women's L.J. 16.

Hammell, Hilary. « Is the Right to Health a Necessary Precondition for Gender Equality » (2011) 35 N.Y.U. Rev. L. & Soc. Change 131.

Hanna, Cheryl. « Health, Human Rights, and Violence Against Women and Girls : Broadly Redefining Affirmative State Duties After *Opuz v. Turkey* » (2010) 10 Vermont Law School Legal Studies Research Paper Series 1.

Hendriks, Aart. « The Right to Health » (1994) 1 Eur. J. Health L. 187.

Hendriks, Aart. « The Right to Health – Promotion and Protection of Women's Right to Sexual and Reproductive Health Under International Law : The Economic Covenant and the Women's Convention » (1994-1995) 44 Am. U. L. Rev. 1123.

Hernández-Truyol, Berta Esperanza. « Race, Sex and Human Rights : A Critical Global Perspective » (1997) 91 Am. Soc'y Int'l L. Proc. 409.

Hevener Kaufman, Nathalie et Lindquist, Stefanie A. « Critiquing Gender-Neutral Treaty Language : The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women » dans Julie Petes et Andrea Wolpers, dir, *Women's rights, human rights*, New York, Routledge, 1995, 366.

Higgins, Tracy E. « Anti-Essentialism, Relativism, and Human Rights » (1996) 19 Harv. Women's L.J. 89.

Hill Collins, Patricia. « Learning from the Outsider Within : The Sociological Significance of Black Feminist Thought » (1986) 33 Social Problems 14.

Hutchinson, Darren Lenard. « Identity Crisis : “Intersectionality,” “Multidimensionality,” and the Development of an Adequate Theory of Subordination » (2000-2001) 6 Mich. J. Race & L. 285.

Jamar, Steven D. « The International Human Right to Health » (1994-1995) 22 S.U. L. Rev. 1.

Jiwani, Yasmin. « Walking a Tightrope : The Many Faces of Violence in the Lives of Racialized Immigrant Girls and Young Women » (2005) 11 Violence against women 846.

Joachim, Jutta. « Framing Issues and Seizing Opportunities : The UN, NGOs, and Women’s Rights » (2003) 47 International Studies Quarterly 247.

Kaplan, Caren. « The Politics of Location as Transnational Feminist Critical Practice » dans Inderpal Grewal et Caren Kaplan, *Scattered Hegemonies*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 1994, 261.

Kennedy, Edward M. « Health Care as a Basic Human Right : Moving from Lip Service to Reality » (2009) 22 Harv. Hum. Rts. J. 165.

Kinney, Eleanor D. « Realization of the International Human Right to Health in an Economically Integrated North America » (2009) 37 J.L. Med. & Ethics 807.

Leduc, Nicole et Proulx, Michelle. « Patterns of Health Services Utilization by Recent Immigrants » (2004) 6 Journal of Immigrant Health 15.

Lewis, Hope. « Embracing Complexity : Human Rights in Critical Race Feminist Perspective » (2003) 12 Colum. J. Gender & L. 510.

Mane, Purnima. « Conclusion : Promoting a Human Rights-Based Approach to Women’s Health » dans Padmini Murthy et Clyde Landford Smith, dir, *Women’s Global Health and Human Rights*, Sudbury, Jones and Bartlett Publishers, 2010, 556.

Marsden, Sarah. « Assessing the Regulation of Temporary Foreign Workers in Canada » (2011-2012) 49 Osgoode Hall L. J. 39.

McDonald, James Ted et Kennedy, Steven. « Cervical Cancer screening by Immigrant and Minority Women in Canada » (2007) 9 *J Immigrant Minority Health* 323.

Mechakra-Tahiri, Samia, Zunzunegui, Maria Victoria et Séguin, Louise. « Self-Rated Health and Postnatal Depressive Symptoms Among Immigrant Mothers in Québec » (2007) 45 *Women & Health* 1.

Merry, Lisa A., Gagnon, Anita J., Kalim, Nahid et Bouris, Stephanie S. « Refugee Claimant Women and Barriers to Health and Social Services Post-birth » (2011) 102 *Revue canadienne de santé publique* 286.

Mertus, Julie et Goldberg, Pamela. « A Perspective on Women and International Human Rights After the Vienna Declaration : The Inside/Outside Construct » (1993-1994) 26 *N.Y.U. J. Int'l L. & Pol.* 201.

Miedema, Baukje, Hamilton, Ryan et Easley, Julie. « Grimper les murs : Obstacles structurels à l'accès aux soins de santé de première ligne pour les nouveaux réfugiés au Canada », en ligne : (2008) 54 *Canadian Family Physician* <[www.cfp.ca/content/54/3/338.full](http://www.cfp.ca/content/54/3/338.full)>.

Munoz, Marie et Chirgwin, Juan Carlos. « Les immigrants et les demandeurs d'asile : nouveaux défis » (2007) 42 *Le Médecin du Québec* 33.

Murthy, Padmini, Upadhyay, Ushma et Nwadinobi, Eleanor. « Violence Against Women and Girls : A Silent Global Pandemic » dans Padmini Murthy et Clyde Landford Smith, dir, *Women's Global Health and Human Rights*, Sudbury, Jones and Bartlett Publishers, 2010, 556.

Narasiah, Lavanya et de Margerie, Gilles. « Le dépistage médical chez le nouvel arrivant » (2007) 42 *Le Médecin du Québec* 55.

Newbold, Bruce. « The short-term health of Canada's new immigrant arrivals : evidence from LSIC » (2009) 14 *Ethnicity & Health* 315.

Newbold, K. Bruce et Danforth, Jeff. « Health status and Canada's immigrant population » (2003) 57 *Social Science & Medicine* 1981.

Newbold, K. Bruce. « Self-rated health within the Canadian immigrant population : risk and the healthy immigrant effect » (2005) 60 *Social Science & Medicine* 1359.



Ng, Roxana. « Managing Female Immigration : A Case of Institutional Sexism and Racism » (1992) 12 *Canadian Women Studies/Les cahiers de la femme* 20.

Oxman-Martinez, Jacqueline, Hanley, Jill, Lach, Lucyna, Khanlou, Nazilla, Weerasinghe, Swarna et Agnew, Vijay. « Intersection of Canadian Policy Parameters Affecting Women with Precarious Immigration Status : A Baseline for Understanding Barriers to Health » (2005) 7 *Journal of Immigration Health* 247.

Raza, Daniel, Rashid, Meb, Redwood-Campbell, Lydia, Rouleau, Catherine et Berger, Phillip. « Un devoir moral : Pourquoi contester les coupures concernant la santé des réfugiés au Canada », en ligne : (2012) 58 *Canadian Family Physician* <[www.cfp.ca/content/58/7/e365](http://www.cfp.ca/content/58/7/e365)>.

Razack, Sherene. « Beyond Universal Women : Reflections on Theorizing Differences Among Women » (1996) 45 *U.N.B.L.J.* 209.

Robinson, Mary. « Women's Right to Health : A Conversation » (2008) 22 *Emory Int'l Rev.* 29.

Robinson, W. Courtland. « The Right to Health and Basic Services » (2010) 41 *Stud. Transnat'l Legal Pol'y* 207.

Roger, Marylie et Schoen, Sophie. « Soins de santé pour les personnes migrantes à statut précaire : une réalité méconnue », en ligne : (2013) 20 *Vivre ensemble* <[http://cjf.qc.ca/upload/ve\\_bulletins/3153\\_a\\_VE\\_Art\\_Roger-Schoen\\_Migrants-statut-precaire\\_Vol20-No69.pdf](http://cjf.qc.ca/upload/ve_bulletins/3153_a_VE_Art_Roger-Schoen_Migrants-statut-precaire_Vol20-No69.pdf)>.

Rosenfield, Allan, Min, Caroline et Bardfield, Joshua. « Global Women's Health and Human Rights » dans Padmini Murthy et Clyde Landford Smith, dir, *Women's Global Health and Human Rights*, Sudbury, Jones and Bartlett Publishers, 2010, 556.

Sanmartin, Claudia et Ross Nancy. « Experiencing Difficulties Accessing First-Contact Health Services in Canada » (2006) 1 *Healthcare Policy* 103.

Satterthwaite, Margaret L. « Crossing Borders, Claiming Rights : Using Human Rights Law to Empower Women Migrant Workers » (2005) 8 *Yale Human Rights & Development L.J.* 1.

Shaw, Dorothy. « Women's right to health and the Millenium Development Goals : Promoting partnerships to improve access » (2006) 94 *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 207.

Sikka, Anette, Lippel, Katherine et Hanley, Jill. « Access to Health Care and Workers' Compensation for Precarious Migrants in Québec, Ontario and New Brunswick » (2011) 5 McGill J. L. & Health 203.

Spitzer, Denise L. « Work, Worries, and Weariness : Towards an Embodied and Engendered Migrant Health » dans Denise L. Spitzer, dir, *Engendering Migrant Health – Canadian Perspectives*, Toronto, University of Toronto Press, 2011, 320.

Stamatopoulou, Elissayet. « Women's Rights and the United Nations » dans Julie Petes et Andrea Wolpers, dir, *Women's rights, human rights*, New York, Routledge, 1995, 366.

Stoicovici, Maria. « The Globalization of Flows, Major Trendsetter of International Migration » (2010) cdlxx AGORA Int'l J. Jurid.

Sullivan, Donna J. « The Nature and Scope of Human Rights Obligations concerning Women's Right to Health » (1995) 1 Health and Human Rights 368.

The Canadian Task Force on Preventive Health Care. « Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years » (2011) 183 CMAJ 1991.

Upadhyay, Ushma D. « Sexual and Reproductive Health : Women's Health Is Society's Wealth » dans dans Padmini Murthy et Clyde Landford Smith, dir, *Women's Global Health and Human Rights*, Sudbury, Jones and Bartlett Publishers, 2010, 556.

Vissandjée, Bilkis, Weinfeld, Morton, Dupéré, Sophie et Abdool, Shelly. « Sex, Gender, Ethnicity, and Access to Health Care Services : Research and Policy Challenges for Immigrant Women in Canada » (2001) 2 Journal of International Migration and Integration 55.

Wayland, Sarah V. « Immigration, Multiculturalism and National Identity in Canada » (1997-1998) 5 Int'l J. on Minority & Group Rts. 33.

Weedon, Chris. « Key Issues in Postcolonial Feminism : A Western Perspective » en ligne : (2002) Gender Forum – An Internet Journal for Gender Studies  
<<http://www.genderforum.org/issues/genderealisations/key-issues-in-postcolonial-feminism-a-western-perspective/>>.

Whitley, Rob, Kirmayer, Laurence J. et Groleau, Danielle. « Understanding Immigrants' Reluctance to Use Mental Health Services : A Qualitative Study From Montreal » (2006) 51 Can J Psychiatry 205.

Zanchetta, Margareth S. et Poureslami, Iraj M. « « Health Literacy Within the Reality of Immigrants' Culture and Language » (2006) 97 Canadian Journal of Public Health S26.

### Législation

*Charte canadienne des droits et libertés*, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, constituant l'annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (R-U), 1982, c 11.

*Charte des droits et libertés de la personne*, LRQ 1975, c C-12.

*Code de déontologie des médecins*, LRQ 1981, c M-9.

*Loi canadienne sur la santé*, LRC 1985, c C-6.

*Loi canadienne sur les droits de la personne*, LRC 1985, c H-6.

*Loi constitutionnelle de 1867*, RU 1867, c 3.

*Loi sur l'assurance maladie*, LRQ 1970, c A-29.

*Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec*, LRQ 1969, c R-5.

*Loi sur les services de santé et les services sociaux*, LRQ 1991, c S-4.2.

*Loi sur l'immigration au Québec*, LRQ 2013, c I-0.2.

*Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, LC 2001, c 27.

PL 10, *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, 1<sup>re</sup> sess, 41<sup>e</sup> lég, Québec, 2014.

PL C-31, *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, 2<sup>e</sup> sess, 36 lég, 2012.

TR/2012-26, *Décret concernant le Programme fédéral de santé intérimaire*, Ministre de la Justice, 15 décembre 2012, en ligne : Site web de la législation < <http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/SI-2012-26.pdf> >.

### Documents gouvernementaux

*Accord Canada-Québec relatif à l'immigration et à l'admission temporaire des aubains (Accord Gagnon-Tremblay-McDougall)*, Gouvernement du Canada et Gouvernement du Québec, 5 février 1991 (entré en vigueur : 1 avril 1991).

Bibliothèque du Parlement, *Immigration : L'Accord Canada-Québec (Étude générale)* par Michel-Ange Pantal, Ottawa, Bibliothèque du Parlement, 2011.

Canada, Santé Canada, « *Certaines circonstances* » *Équité et sensibilisation du système des soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées : Recueil de documents et de rapports préparé pour Santé Canada*, Ottawa, Santé Canada, 2001.

Canada, Santé Canada, *Special Report on Maternal Mortality and Severe Morbidity in Canada*, Ottawa, Ministre de la santé, 2004.

Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, *La conformité du délai de carence imposé par la Loi sur l'assurance maladie du Québec avec les dispositions de la Charte des droits et libertés de la personne*, par Me Marie Carpentier, 2013.

Québec, Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, *Guide des services offerts aux demandeurs d'asile par le gouvernement du Québec*, Québec, Direction de l'immigration familiale et humanitaire du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, 2013.

Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Orientations ministérielles : Une passerelle vers un avenir en santé (La planification et l'organisation des services à l'intention des réfugiés et des demandeurs d'asile : évaluer le bien-être et l'état de santé physique pour mieux desservir)*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012.

Québec, Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, *Plan d'action du gouvernement pour l'accueil et l'intégration des personnes réfugiées sélectionnées à l'étranger 2013-2016*, Immigration et Communautés culturelles, 2013.

Québec, Régie de l'assurance maladie du Québec, *Infolettre à l'intention des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes : Nouvelle clientèle couverte en assurance maladie – Mesures transitoires*, Infolettre 111, Québec, 10 août 2012.

Québec, Ministère de la Santé et Services sociaux, *Programme québécois de dépistage du cancer du sein : Rapport d'activité 2004-2005*, 2006, en ligne : Ministère de la Santé et des Services sociaux  
<<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-204-04.pdf>>.

### Jurisprudence canadienne

*Auton c Colombie-Britannique*, 2004 3 RCS 657.

*Brown c. Colombie-Britannique*, 1994 1 RCS 420.

*Cameron v Nova Scotia*, 1999 NSJ 297.

*Canada (A.G) v. Mossop*, 1993 RCS 554.

*Chaoulli c. Québec (Procureur général)*, 2005 1 RCS 791.

*Eldridge c Colombie-Britannique*, 1997 3 RCS 624.

Commission ontarienne des droits de la personne, *An Intersectional Approach to Discrimination – Addressing Multiple Grounds in Human Rights Claims*, Policy and Education Branch, 2001p 3.

*Covarrubias c Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)* (2006) CAF 365, 354 NR 367.

*Médecins canadiens pour les soins aux réfugiés, l'Association canadienne des avocats et avocates en droit des réfugiés, Daniel Garcia Rodrigues, Hanif Ayubi et Justice for Children and Youth c Le Procureur général du Canada et le Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration*, 2014 CF 651, juge Mactavish.

*P.G. du Canada c. P.G. de l'Ontario*, [1937] A.C. 326.

### Jurisprudence internationale

*Andrea Mortlock c United States* (2008), Inter-Am Comm HR, No 63/08, *Annual Report of the Inter-American Commission on Human Rights : 2008*.

*Communication n° 26/2010 (Canada)*, Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, 50<sup>e</sup> sess, CEDAW/C/50/D/26/2010 (2010).

*Communication n° 31/2011 (Bulgarie)*, Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, 53<sup>e</sup> sess, CEDAW/C/53/D/31/2011 (2011).

*González et al (Mexique)* (2009), Inter-Am Ct HR (Sér C) n°209.

*Jessica Lenahan (Gonzales) et al. c United States* (2011), Inter-Am Comm HR, No 80/11, *Annual Report of the Inter-American Commission on Human Rights : 2011*.

*Juridical Condition and Rights of Undocumented Migrants* (2003) Avis consultatif OC-18/03, Inter-Am Ct HR (Sér A) n°18.

*Nadege Dorzema et al (République dominicaine)* (2012), Inter-Am Ct HR (Sér C) n° 251.

*Opuz c Turquie*, n°33401/02, [2009] III CEDH.

*Proposed Amendments to the Naturalization Provision of the Constitution of Costa Rica* (1984) Avis consultatif OC-4/84, Inter-Am Ct HR (Sér A) n°4.

### Conventions, déclarations et résolutions internationales

*Charte sociale européenne (révisée)*, 3 mai 1996, STCE no 163.

*Convention américaine des droits de l'homme*, 22 novembre 1969, AG OÉA, Série des traités no 36.

*Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre la femme*, 9 juin 1944, AG OÉA [*Convention Belém Do Para*].

*Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille*, 18 décembre 1990, 2220 RTNU 3.

*Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale*, 7 mars 1966, 660 RTNU 195.

*Convention relative au statut des réfugiés*, 18 juillet 1951, 189 RTNU 137.

*Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*, 18 décembre 1979, 1249 RTNU 13.

*Convention (n°103) sur la protection de la maternité*, 28 juin 1952, 35<sup>e</sup> sess CIT.

*Convention sur le consentement au mariage, l'âge minimum du mariage et l'enregistrement des mariages*, 10 décembre 1962, 521 RTNU 231.

*Convention sur les droits politiques de la femme*, 31 mars 1953, 193 RTNU 135.

*Déclaration américaine des droits et devoirs de l'homme*, 1948, Neuvième Conférence Internationale Américaine, OÉA.

*Déclaration et Programme d'action de Beijing*, Rés AG 50/203, Doc off AG NU, Doc NU A/CONF.177/20 (1995).

*Déclaration et Programme d'action de Vienne*, Rés AG 48/121, Doc off AG NU, Doc NU A/CONF.157/23 (1993).

*Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes*, Rés AG 48/104, Doc off NU, 48<sup>e</sup> sess, Doc NU A/RES/48/104 (1993).

*Déclaration universelle des droits de l'homme*, Rés AG 217A (III), Doc off NU A/810 à 71 (1948).

*Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, 16 décembre 1966, 993 RTNU 3.

*Protocole additionnel à la Convention américaine des droits de l'homme*, 17 novembre 1988, AG OÉA Série des traités no 69 [*Protocole San Salvador*].

*Protocole facultatif à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*, 6 octobre 1999, 2131 RTNU 83.

#### Documentation internationale

Agence des Nations Unies pour les réfugiés, *Protecting Refugees & the Role of UNHCR* (2014).

Assemblée générale des Nations unies, *Le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint* par Paul Hunt, 58<sup>e</sup> sess, Doc NU A/58/427 (2003).

Assemblée générale des Nations unies, *Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mental possible* par Paul Hunt, 7<sup>e</sup> sess, Doc NU A/HRC/7/11 (2008).

Association américaine de juristes (section pancanadienne) et la Ligue des droits et libertés du Québec (Canada), Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Application du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, 19<sup>e</sup> sess, Doc NU E/C.12/1998/NGO/4 (1998).

Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Examen des rapports présentés par les États parties au Pacte conformément aux articles 16 et 17 du Pacte – Observations finales du Comité des droits économiques, sociaux et culturels*, Doc NU E/C.12/1/Add.31 (1998).

Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Examen des rapports présentés par les États parties conformément aux articles 16 et 17 du Pacte – Observations finales du Comité des droits économiques, sociaux et culturels – Canada*, 36<sup>e</sup> sess, Doc NU E/C.12/CAN/CO/4 et Doc NU E/C.12/CAN/CO/5 (2006).

Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observation générale No 3*, 5<sup>e</sup> sess, Doc NU HRI/GEN/1/Rev.7 (1990).

Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Projet d'observation générale No 9*, 19<sup>e</sup> sess, Doc NU E/C.12/1998/24 (1998).

Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observation générale No 10*, 19<sup>e</sup> sess, Doc NU E/C.12/1998/25 (1998).

Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observation générale No 14*, 22<sup>e</sup> sess, Doc NU E/C.12/2000/4 (2000).

Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observation générale No 16*, 34<sup>e</sup> sess, Doc NU E/C.12/2005/4 (2005).

Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observation générale No 20*, 42<sup>e</sup> sess, Doc NU E/C.12/GC/20 (2009).



Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Recommandation générale No 19, Violence à l'égard des femmes*, 11<sup>e</sup> sess, Doc NU A/47/38 (1992).

Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Recommandation générale No 24, Article 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes – les femmes et la santé*, 20<sup>e</sup> sess, Doc NU A/54/38 (1999).

Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Moyens d'accélérer les travaux du Comité pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes*, Doc NU CEDAW/C/2007/I/4/Add.1 (2007).

Comité pour l'élimination de la discrimination raciale, *Recommandation générale No 25 – La dimension sexiste de la discrimination raciale*, 56<sup>e</sup> sess, Doc NU A/55/18 (2000).

Commission des droits de l'homme, *Le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint – Rapport du Rapporteur spécial, Paul Hunt, soumis conformément à la résolution 3003/31 de la Commission*, 59<sup>e</sup> sess, Doc NU E/CN.4/2003/58, (2003).

Commission des droits de l'homme, *Rapport du Rapporteur spécial, M. Paul Hunt, sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, 62<sup>e</sup> sess, Doc NU E/CN.4/2006/48 (2006).

Commission des droits de l'homme, *Résolution de la Commission des droits de l'homme 2002/52 – L'élimination de la violence contre les femmes*, Doc NU E/CN.4/RES/2002/52 (2002).

Conférence internationale sur la population et le développement, *Le Programme d'action*, Le Caire, Organisation des Nations unies (1994).

Conseil des droits de l'homme, *Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, M. Paul Hunt*, 4<sup>e</sup> session, Doc NU A/HRC/4/28 (2007).

Gouvernement du Canada, Commission des droits économiques, sociaux et culturels, *Examen des rapports soumis par les États parties en application des articles 16 et 17 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels – Sixième rapports périodiques des États parties attendus en 2010 – Canada*, Doc NU E/C.12/CAN/6 (2012).

Gouvernement du Canada, Conseil économique et social, *Application du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels – Quatrièmes rapports périodiques présentés par les États parties en vertu des articles 16 et 17 du Pacte*, Doc NU E/C.12/4/Add.15 (2004).

Gouvernement du Canada, Conseil économique et social, *Application du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels – Cinquièmes rapports périodiques présentés par les États parties en vertu des articles 16 et 17 du Pacte*, Doc NU E/C.12/CAN/5 (2005).

Organisation internationale du travail, *Preventing Discrimination, Exploitation and Abuse of Women Migrant Workers, An Information Guide – Booklet 1 Introduction : Why the focus on women international migrant workers*, Gender Promotion Programme, International Labour Office, Genève (2003).

Organisation internationale pour les migrations, *Migration : A Social Determinant of the Health of Migrants* par Anita A. Davies, Anna Basten et Chiara Frattini, La Division migration et santé, Genève (2006).

Organisation mondiale de la santé, *Women's health and human rights : Monitoring the implementation of CEDAW*, Le Département santé et recherches génésiques, Genève (2007).

Organisation mondiale de la santé, *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*, Conférence internationale de la santé, New York (1946).

Organisation mondiale de la santé, *Une Stratégie pour l'Avenir : Programme d'Action pour les Médicaments essentiels*, WHO/DAP/94.4, Genève (1993)

### Sites Internet

Gouvernement du Canada, *Regard sur la démographie canadienne – Provinces et régions*, 2013, en ligne : Gouvernement du Canada, Statistique Canada <<http://www.statcan.gc.ca/pub/91-003-x/2007001/4129908-fra.htm#a5>>.

Citoyenneté et Immigration Canada, *Politique sur le Programme fédéral de santé intérimaire*, 2014, en ligne : Gouvernement du Canada, Citoyenneté et Immigration Canada <<http://www.cic.gc.ca/francais/ministere/lois-politiques/pfsi.asp>>

Citoyenneté et Immigration Canada, *Programme fédéral de santé intérimaire : résumé des prestations offertes*, 2014, en ligne : Gouvernement du Canada,

Citoyenneté et Immigration Canada  
<<http://www.cic.gc.ca/francais/refugies/exterieur/resume-pfsi.asp>>.

United Nations Development Programme, *Indicateurs du développement humain et tableaux thématiques*, 2014, en ligne : United Nations Development Programme, Human Development Reports <<http://hdr.undp.org/fr/data>>.

### Autres

Boyd, Monica et Pikkov, Deanna. « Gendering Migration, Livelihood and Entitlements: Migrant Women in Canada and the United States », Genève, The United Nations Research in Institute for Social Development (UNRISD) Occasional Paper, 2005.

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *Étude N° 40 - La réceptivité du système canadien de soins de santé à l'égard des nouveaux arrivants* par Anita J. Gagnon, Université McGill, 2002.

Fédération des médecins résidents du Québec, *Mémoire : Projet de loi 10 Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, déposé à la Commission de la santé et des services sociaux (2014).

Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN), *Soins de santé pour les demandeurs d'asile au Québec* par Janet Cleveland, CSSS de la Montagne, 2014, en ligne : FQPN <[http://www.fqpn.qc.ca/?attachment\\_id=2128](http://www.fqpn.qc.ca/?attachment_id=2128)>.

Femmes et développement régional, *Journée de réflexion et d'échange interculturels – L'isolement des femmes immigrantes et des communautés culturelles : des causes et des solutions à partager*, Conférence régionale des élus de Montréal, Relations avec les citoyens et Immigration (2004).

La Presse canadienne. « Retour temporaire du programme de soins de santé aux réfugiés », *Ici Radio-Canada* (5 novembre 2014), en ligne : Ici Radio-Canada <http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/societe/2014/11/05/001-programme-soins-sante-refugies-retour-temporaire.shtml>.

Léouzon, Roxane. « Les immigrantes ont moins recours à la mammographie », *Journal Métro* (27-29 septembre 2013) 10.

Ligue des droits et libertés, *Rapport sur l'état des droits humains au Québec et au Canada*, juin 2013, 48, en ligne : < <http://liguedesdroits.ca/wp-content/fichiers/rappot-droits-humains-web.pdf>>.

Marin, Stéphanie. « Soins de santé aux réfugiés : Ottawa met en garde les provinces », *La Presse* (22 janvier 2014) en ligne : La Presse < <http://www.lapresse.ca/actualites/politique/politique-canadienne/201401/22/01-4731425-soins-de-sante-aux-refugies-ottawa-met-en-garde-les-provinces.php>>.

Özden, Melik. « Le droit à la santé : Un droit humain fondamental stipulé par l'ONU et reconnu par des traités régionaux et de nombreuses constitutions nationales », Une collection du Programme Droits Humains du Centre Europe – Tiers Monde (CETIM), Genève, 2006.

Pelchat, Marie. « La privatisation du système de santé : une atteinte au droit à la santé et au droit à l'égalité des femmes » (2008) Réseau féministe pour le maintien, l'accessibilité et l'amélioration du système de santé, en ligne < <http://www.nonauxhausses.org/wp-content/uploads/privatisation-femmes-LR.pdf>>.

Régie régionale de la santé et des services sociaux, CLSC Côte-des-Neiges, *Empowerment et femmes immigrantes* par Brigitte Côté, Ginette Berteau, Danielle Durand, Marie-France Thibault et Marcelle Tapia, Institut national de santé publique du Québec, 2002.